

Physiotherapie 06
Departement G, ZHAW Winterthur
Betreuende Lehrperson: Marion Huber, MSc in Psychology
HS 2008/ FS 2009

Transkulturelle Kommunikation in der Physiotherapie - Am Beispiel des Wochenbettes

Bachelorarbeit

Céline Cordier
S05-922 315
Distelweg 6
5102 Rupperswil
078 903 23 80
celine.cordier@gmx.ch

Lea Ettlin
S06-539 092
Mülistrasse 32
8309 Birchwil
079 580 47 17
lea_ettlin@yahoo.com

19. Juni 2009

Abstract	2
A. Einleitung und Methodik	3
B. Hauptteil	5
1. Wochenbett	5
1.1 Definition	5
1.2 Funktion des Beckenbodens	6
1.3 Inkontinenz	6
1.4 Inkontinenz: Stand der Forschung	7
1.5 Beckenbodentherapie - Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) nach Tanzberger	9
2. Migration und Gesundheit in der Schweiz	11
2.1 Demografische Entwicklung in der Schweiz und Auswirkungen auf das Gesundheitswesen	12
2.2 Stand der Forschung im Bereich Migration und Gesundheit	14
3. Migration und Wochenbett	16
4. Transkulturelle Kompetenzen in der Physiotherapie	18
4.1 Transkulturelle Modelle im Gesundheitswesen	19
4.2 Transkulturelle Modelle der Pflege und Physiotherapie	21
5. Transkulturelle Kommunikation	29
5.1 Problemstellung	29
5.2 Transkulturelle Kommunikation in der Physiotherapie	30
5.3 Kommunikationsstrategien vom Bund	33
C. Diskussion und Schlussfolgerung	36
Diskussion	36
Schlussfolgerung	38
D. Literaturverzeichnis	40
E. Anhang	44

Abstract

Migrantinnen sind, im Vergleich zu einheimischen Frauen, einer erhöhten Gefahr an Geburtskomplikationen und Harninkontinenz ausgesetzt. Ebenfalls sind sie im Gesundheitswesen oft benachteiligt, da der Zugang erschwert ist und oft sprachliche Probleme vorhanden sind, die einer guten, angepassten Behandlung in Wege stehen. In dieser Arbeit wird untersucht, ob es bei Migrantinnen einen direkten Zusammenhang zwischen den häufiger auftretenden Geburtskomplikationen und den bestehenden Kommunikationsproblemen gibt.

Empirisch belegte Daten wurden mittels einer unsystematischen, sowie eine systematischen Recherche gefunden. Studien über Harninkontinenz zeigen deutlich auf, dass ein grosser Teil der Frauen an Harninkontinenz leiden. Bezüglich der Thematik „Transkulturellen Kommunikation“ gibt es in der Schweiz, erst wenige Studien, diese zeigen aber schon deutlich, dass in diesem Bereich ein grosser Handlungs- und Informationsbedarf besteht. Der Bund hat das Bedürfnis erkannt und verschiedene Projekte, zur Erleichterung für die Arbeit mit MigrantInnen lanciert, welche in dieser Arbeit vorgestellt werden.

Diese Arbeit soll beleuchten, dass in der physiotherapeutischen Behandlung mit MigrantInnen Schwierigkeiten existieren. MigrantInnen brauchen gezielte Aufmerksamkeit um ihre und die Gesundheit ihrer Kinder zu verbessern. Um als Therapeut diesen Ansprüchen gerecht zu werden, ist eine Schulung im Bereich „Transkultureller Kompetenz“ nötig.

Anmerkung der Autoren:

Im vorliegenden Text wird durchgängig die männliche Form „Physiotherapeut“ oder „Patient“ benutzt. Im Sinne des Gleichbehandlungsgesetzes ist diese Bezeichnung als nicht geschlechtsspezifisch zu betrachten.

A. Einleitung und Methodik

Ein Viertel der Schweizerischen Bevölkerung hat einen Migrationshintergrund. Davon sind etwa die Hälfte Frauen im reproduktiven Alter. Diese Frauen mit Migrationshintergrund beanspruchen, wie auch einheimische Frauen, die medizinische Versorgung der gesundheitlichen Institutionen. Dazu gehört auch die physiotherapeutische Behandlung. In der Physiotherapie gibt es verschiedene Arbeitsbereiche, in denen oft MigrantInnen behandelt werden, welche keine der vier Landessprachen beherrschen. Besonders häufig sind Begegnungen mit Migrantinnen während einer Behandlung im Wochenbett. Frauen im Wochenbett befinden sich in einer oft unbekannten, neuen Situation und die Physiotherapie versucht möglichst auf die betroffenen Frauen einzugehen und ihnen viel Informationen und Instruktionen zu geben. Diese Massnahme kann die Angst der Frauen vor dem Ungewissen mindern. Damit dieser Informationsfluss möglich ist, braucht es eine für beide Seiten verständliche Kommunikation. Migrantinnen sprechen aber in vielen Fällen nur ungenügend eine der Landessprache und können so ihre Ängste, Gefühle oder Probleme nur bedingt kommunizieren. Gleichzeitig dazu kann die Physiotherapie die Patientin nicht vollständig verstehen und auf sie eingehen. Dies kann ein bedeutsames Problem darstellen und eine optimale therapeutische Behandlung ist lediglich beschränkt möglich. Eine therapeutische Handlung, die trotz dieser Sprachhindernisse erfolgreich stattfinden kann und gleichzeitig sozioökonomische Determinanten berücksichtigt, kann als transkulturell kompetent bezeichnet werden.

Die Hauptproblematik in der Behandlung von Patienten mit Migrationhintergrund wurde wie schon erwähnt in der verminderten verbalen Kommunikation gesehen, die durch Sprachbarrieren entstehen. Deshalb wurde für diese Arbeit der Begriff „Transkulturelle Kompetenz“ auf „Transkulturelle Kommunikation“ eingeschränkt.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Einfluss der Kommunikation auf die physiotherapeutische Behandlung, aufzuzeigen. Um dieses Ziel zu veranschaulichen, wurde der Bereich der Physiotherapie im Wochenbett ausgewählt. Das Wochenbett eignet sich für das Aufzeigen der Problematik besonders gut, da die Geburt Probleme wie Inkontinenz, Rücken- oder Atembeschwerden mit sich bringt. Der Fokus im Bereich des Wochenbettes wurde auf die Harninkontinenz gelegt, da sehr viele Frauen gerade nach einer Geburt inkontinent werden. Die physiotherapeutische Intervention dafür

beinhaltet Beckenbodentraining. Hier liegt die Herausforderung für die Physiotherapeuten bei der Instruktion der Übungen, welche vor allem verbal gegeben werden. Die Ausführung der Übungen können zudem nicht visuell überprüft werden, sondern müssen vor allem erfragt werden. Wieder stellt sich die Kommunikation in den Vordergrund der Therapie.

Die Fragestellung dieser Arbeit lautet daher wie die Kommunikation in der Wochenbettgymnastik erleichtert werden kann, wenn verbale Sprachbarrieren vorhanden sind und welche Hilfsmittel die transkulturelle Kommunikation mit Wöchnerinnen unterstützen können.

Im Hauptteil wird zuerst der Begriff Wochenbett definiert und die Problematik und Therapie der Inkontinenz erläutert. Darauf folgend wird die Verbindung zwischen Migration und Gesundheit abgehandelt und mit dem Wochenbett verknüpft. Um den theoretischen Ansatz der Therapie zu kontextualisieren, werden transkulturelle Modelle beschrieben, die in der Praxis umgesetzt werden können. Die konkrete praktische Anwendung wird in dem Kapitel über transkulturelle Kommunikation veranschaulicht.

Für die Vertiefung in den Themen Migration und Gesundheit, wie auch im Wochenbett und Inkontinenz, verhalf eine unsystematische Recherche zu einem Überblick. Die unsystematische Recherche baute sich auf dem Schneeballprinzip auf, das durch hochrelevante Literatur zu geeigneten Suchbegriffen in den Datenbanken führte. Mit folgenden Keywords, „*culture, cultural, awareness, sensitivity, knowledge, ethnicity, obstetrics, urinary incontinence, pregnancy outcome, child bed, antenatal and postnatal, pelvic floor muscle and physiotherapy*“ und mit den MeSH Begriffen „*Communication barriers, emmigration and immigration, ethnic groups, pregnancy complications*“ wurde eine systematische Recherche getätigt, welche spezifische Studien zu den Themen lieferte.

In Bezug auf die Thematik der Inkontinenz im Wochenbett wurde eine grosse Anzahl an Studien gefunden. Einige Studien zeigen zudem noch die Problematiken auf, die Migrantinnen zusätzlich zu den üblichen Schwangerschafts- und Geburtsbeschwerden haben. Studien über Forschung über den Sachverhalt von Kommunikation und Migration in der Schweiz ist sehr aktuell, wurden aber erst in den letzten fünfzehn Jahren lanciert. Inhaltlich zeigen diese Studien aber schon heute einen hohen Bedarf an transkultureller Kommunikation.

B. Hauptteil

1. Wochenbett

1.1 Definition

Nach Tanzberger, Kuhn und Möbs (2004) wird die postnatale Zeitperiode nach der Ausstossung der Plazenta bis zur Abheilung der placentaren Wundfläche als Wochenbett oder Puerperium bezeichnet. Sie dauert in der Regel sechs bis acht Wochen und wird in Früh- (bis zehn Tage) und Spätwochenbett (anschliessenden ca. sechs Wochen) eingeteilt.

Laut Hüter-Becker und Dölken (2004; zit. nach Landon et al. 1990; Nichols und Randall, 1996) verändert sich der Körper während der Schwangerschaft der Frau stark. Die Atmung und das Herz-Kreislaufsystem werden während der Schwangerschaft und Geburt mehr belastet. Dies bedeutet eine Erhöhung des Schlagvolumens und des Blutvolumens, wie auch eine Abnahme des Gesamtgefässwiderstandes. Hüter-Becker et al. (2004) beschreibt, dass durch den Diaphragmahochstand während der Schwangerschaft die Elastizität des Gewebes abnimmt und sich das Atemzugsvolumen vergrössert.

Der Muskeltonus des Beckenbodens und der Bauchmuskulatur wird herabgesetzt und das Gewebe lockert sich auf. Zudem wird durch die Hormonausschüttung die psychische Verfassung verändert. Die hormonelle Veränderung hat Auswirkungen auf benachbarte Organe. So wird auch das Bindegewebe der Blase, des Beckenbodens und der Vagina dehnbarer. Diese Veränderungen sind für die Schwangerschaft und Geburt notwendig und natürlich.

Die Aufgaben der Physiotherapie in dieser Zeit beinhalten die Aufklärung bezüglich der Funktion des Beckenbodens und der möglichen Inkontinenz, die Instruktion der Ergonomie beim Stillen und Windeln wechseln etc., sowie die Unterstützung der Wundheilung nach der Geburt durch angepasste Übungen.

1.2 Funktion des Beckenbodens

Carrière und Markel Feldt (2006; zit. nach Constantinou and Govan, 1982; Bø and Stien, 1994; Hodges and Richardson, 1996; Sapsford et al., 1997a, 1997b; Heller 2002) beschreiben die Funktionen der Beckenbodenmuskulatur wie folgt:

“The muscles of the pelvic floor form the dynamic closure of the abdominal cavity below. They interact with the muscles of the diaphragm above, the deep abdominal muscle anterolaterally, and the muscles of the spine posteriorly. Together, these muscle groups maintain a physiological pressure distribution, ensure the position of the abdominal organs, and provide for a stable but flexible lumbar and lower thoracic spine.” (S. 252)

Weiter erklären Carrière et al. (2006; zit. nach Gödl; DeLancey, 1988; Kuijpers 1990; Deindl et al. 1998), dass der Beckenboden in der Lage sein muss stabil zu sein, um Stuhl sowie Urin zu bewahren. Diese Aufgabe übernimmt vor allem der urethrale und anale Sphincter. Nur so kann Kontinenz gewährleistet werden.

Als aktive interne Unterstützung des Beckengürtels beeinflusst der Beckenboden die Haltung und Statik, insbesondere die Nutation des Sakrums, die Stabilität des Sacroiliakalen Gelenk, der Symphysis pubis und des Lumbosakralgelenkes, so Carrière et al. (2006; zit. nach Lee, 1999).

Die Physiotherapie ist spezialisiert auf die beschriebenen Funktionen des Beckenbodens und behandelt entsprechend den Problembereich. Bei dieser Arbeit wird der Fokus bewusst auf die Inkontinenzproblematik gelegt, obwohl auch weitere Schwangerschaftsbeschwerden wie Varizen, Ödeme an den Beinen, Hämorrhoiden, Atembeschwerden, Obstipation, Sodbrennen, Muskelkrämpfe sowie Rückenbeschwerden, während und nach der Schwangerschaft auftreten können.

1.3 Inkontinenz

Die hormonellen und physiologischen Umstellungen während der Schwangerschaft erhöhen das Risiko einer Harninkontinenz, verstärkt durch die grosse Belastung einer Geburt, da die Funktionen des Beckenbodens beeinträchtigt sind.

Der Begriff Kontinenz stammt vom lateinischen Wort „*continentia*“ ab, was Zurückhalten bedeutet. Inkontinenz bedeutet infolgedessen „nicht bei sich behaltend“. Es gibt verschiedene Arten von Inkontinenz, wobei Stress- und Dranginkontinenz am häufigsten mit Schwangerschaften und Geburten assoziiert werden. Die Stressinkonti-

nenz zeichnet sich gemäss Definition (Pschyrembel, Ausgabe 260, 2004) durch eine Schwäche der Beckenbodenmuskulatur aus. Dranginkontinenz wird als unfreiwilliger Urinverlust durch eine ungewollte, nicht unterdrückbare Kontraktion der Blasenmuskulatur beschrieben. Viele Frauen erleben Inkontinenz das erste Mal während der Schwangerschaft oder der postpartalen Periode. Dabei zeigen sie oft eine gemischte Form dieser zwei Inkontinenzarten, die so genannte „Gemischte Inkontinenz“.

1.4 Inkontinenz: Stand der Forschung

Hay-Smith, Mørkved, Fairbrother, Herbison, (2009) erläutern, dass Inkontinenz eine verbreitete Problematik unter Erwachsenen unserer Gesellschaft ist. Frauen sind häufiger betroffen, wobei die Prävalenz während einer Schwangerschaft steigt, nach der Geburt wieder sinkt, jedoch immer noch höher ist als vor der Schwangerschaft. Dumoulin (2006; zit. nach Viktrup, 2002) erklärt, dass durch die hormonell bedingte Umstellung in einer Schwangerschaft Urininkontinenz bis drei Monate postpartum eine normale Folge sein kann. Wenn diese jedoch länger anhält, ist das Risiko einer dauerhaften Harninkontinenz deutlich erhöht. Auch wenn Verletzungen oder Deformierungen des Beckenbodens normale Konsequenzen der Schwangerschaft sind, muss man Folgeerscheinungen ernst nehmen und behandeln, um der Gefahr einer später auftretenden Inkontinenz entgegenzuwirken. Zu der Risikogruppe für Inkontinenz gehören vor allem Frauen, besonders solche nach Schwangerschaften, so Dumoulin (2006).

Die Häufigkeit von Harninkontinenz während der Schwangerschaft variiert stark von Studie zu Studie. Mørkved und Bø (2000) sprechen von 42% der untersuchten Frauen, die während der Schwangerschaft an einer Form der Inkontinenz leiden. Dumoulin, Seaborne, Quirion-DeGirardi, Sullivan, (1995) sprechen von 64% und Wijma, Weis Potters, Tinga, Aarmoudse, (2007) von 30-35%. Die Prävalenz von Inkontinenz postpartum variiert von 14% (Dumoulin, Seaborne, Quirion-DeGirardi und Sullivan, 1995), 65-68% (Wijma et al. 2007) bis zu 6-15.2% (Wagg und Bunn, 2007).

Mørkved et al. (2000) untersuchten 198 Frauen. Für die Studie wurden die Frauen immer Paarweise verglichen, wobei nicht alle bis zum Schluss an der einjährigen Studie teilnahmen (n=162). Es wurde darauf geschaut, dass die sozioökonomische Stellung, die Herkunft, die Dauer des Spitalaufenthaltes der Trainingsgruppe und der Kontrollgruppe gleich lang war. Die Trainingsgruppe erhielt während der 8. bis 16.

Woche postpartum einmal wöchentlich ein gezieltes physiotherapeutische Gruppentraining (5-10 Teilnehmer), welches 45 Minuten dauerte und von einer ausgebildeten Physiotherapeutin geleitet wurde. Zusätzlich erhielten sie während dieser Zeitperiode ein Heimprogramm zur Stärkung des Beckenbodens. Die Kontrollgruppe erhielt lediglich die üblichen schriftlichen Broschüren des Spitals, wurden jedoch nicht ermutigt Beckenbodentraining selbstständig zu machen. Vor der Trainingsperiode war der Unterschied der Inkontinenzhäufigkeit zwischen der Kontrollgruppe und der Trainingsgruppe nicht signifikant. 16 Wochen postpartum wurde der Unterschied der beiden Gruppen jedoch signifikant ($P < 0.05$). 13 Frauen der Trainingsgruppe und 24 Frauen der Kontrollgruppe gaben Stressinkontinenz an.

Auch Dumoulin et al. (1995), Wagg et al. (2007), Wijma et al. (2007) und Hay-Smith et al. (2009) erforschten mit ähnlichen Studienmethoden wie Mørkved et al., dass durch regelmässiges, angeleitetes Beckenbodentraining die Harninkontinenzproblematik deutlich gesenkt werden kann.

Chiarelli und Cockburn (2002; N=676) und Glazener et al. (2001; N=10985) untersuchten in RCTs den Effekt von postpartaler Beckenbodenrehabilitation bezüglich Harninkontinenz. Sie stellten die Interventionsgruppe mit regelmässiger speziell entwickelter Beckenbodentherapie der Kontrollgruppe gegenüber, die die vom Spital üblichen Broschüren/Informationen und Interventionen erhielt. Beide Studien erkannten eine signifikante Reduktion der Urininkontinenz, Glazener et al. (2001) 9.1% und Chiarelli et al. (2002) 7.4%, nach drei Monaten postpartum. Zudem erforschten beide Studien die Frequenz des selbstständigen Übens des Beckenbodens. Die zeigte deutlich, dass die Interventionsgruppe, welche vermehrt sensibilisiert wurde, eine höhere selbstständige Trainingsfrequenz aufwies. Bei Chiarelli et al. (2002) war die Trainingsfrequenz nach drei Monaten, 84% der Interventionsgruppe und 58% der Kontrollgruppe, bei Glazener et al. (2001) nach einem Jahr 79% der Interventionsgruppe und 48% der Kontrollgruppe.

Glazener et al. (2001; zit nach Sleep und Grant, 1987) betonte, dass Beckenbodentraining direkt nach der Geburt nicht effektiv ist.

Salvesen und Mørkved (2004) und Reilly, Freeman, Waterfield, Waterfield, Steggles und Pedlar (2002) untersuchten den Effekt von Beckenbodentraining während der Schwangerschaft. Die Interventionsgruppen erhielten regelmässige Physiotherapie und Heimübungen mit 8-12 Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur, zweimal täg-

lich, während 12 bis 20 Wochen. Die Kontrollgruppe erhielt keine spezielle Therapie, wurde jedoch nicht entmutigt Beckenbodenübungen zu machen. Durch das Training der Interventionsgruppe konnte die Prävalenz der Urininkontinenz postpartum deutlich gesenkt werden, so Reilly et al. (2002). Salvesen et al. (2004) erforschten zusätzlich den Zusammenhang von der Kraft des Beckenbodens und der Geburt. Sie erkannten, dass eine starke Beckenbodenmuskulatur eher die Geburt erleichtert, als wie befürchtet erschwert. In einem eight-year follow up eines RCTs untersuchten Agur, Steggles, Waterfield und Freeman, (2008) die Langzeitwirkung von antenataler Beckenbodentherapie. Das Resultat des follow ups überraschte sehr. Das RCT beschrieb einen signifikanten Rückgang von Urininkontinenz bis drei Monaten postpartum, wobei aber im follow up nach acht Jahren bedenklicherweise keine Langzeitwirkung nachgewiesen werden konnte. Bei dieser Studie ist zu beachten, dass von ursprünglich 268 Partizipanten nach acht Jahren noch lediglich 164 Frauen teilnahmen. Die Beckenbodentherapie zeigt aber auch Erfolge, welche mit verschiedenen Konzepten erzielt wurden. Ein speziell in der Physiotherapie entwickeltes Beckenbodentraining wurde in der 70er Jahren von Renate Tanzberger¹ konzipiert. Dieses Konzept beruht auf den physiotherapeutischen Grundlagen der funktionellen Therapie und auf den neuesten Erkenntnissen der Forschung.

1.5 Beckenbodentherapie - Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) nach Tanzberger

Inkontinenz und Beckenbodenschwäche sind schon lange eine grosse Problematik, welche noch heute für viele ein Tabuthema darstellt. Renate Tanzberger die seit 30 Jahren eine physiotherapeutische Praxis leitet, befasste sich intensiv mit diesem Thema. Sie stellte durch verschiedene theoretische Grundlagen und aktuellen Theorien ein neues Konzept zusammen, welches der Problematik Inkontinenz entgegenwirken soll.

Früher lag der Ansatz einer Behandlung nach einer Geburt nicht beim Beckenboden, sondern Figur und Bauchmuskulatur waren wichtiger. Damals war das anatomische und biomechanische Wissen über die Arbeitsweise der Beckenbodenmuskulatur nicht genügend untersucht, um eine funktionsspezifische Beckenboden-

¹ Nach Renate Tanzberger, die in den 70er Jahren sich stark mit dem Begriff Inkontinenz befasste, erarbeitete mit Hilfe der FBL Grundlagen von Susanne Klein-Vogelbach ein Konzept, das die physiotherapeutische Behandlung des Beckenbodens gezielt angeht.

Sphinktertherapie zu konzipieren. Die Übungen bestanden damals aus „Kneifübungen“, in denen die Patienten meist liegend aufgefordert wurden „alles“ zusammenzukneifen.

“Pauschale Anspannungen der Beckenausgangsmuskulatur in der traditionellen Beckenbodengymnastik enthalten weder systemische Informationen noch funktionelle Anforderungen für spezifische Reaktionen des Beckenboden-Sphinkter-Muskelsystem.“ (Tanzberger et al., 2004; S. 3)

Renate Tanzberger erarbeitet ihr Konzept auf dem Grundgedanken der „Funktionellen Bewegungslehre“ (FBL) nach Susanne Klein-Vogelbach² und baut auf einen systemischen Ansatz unter Berücksichtigung der Anatomie des Beckenbodens und der Praxistauglichkeit auf. Tanzberger (2004, S. 12; zit. nach S. Klein-Vogelbach, 2000) definiert die „natürliche Bewegung als unbewusster Vorgang des Körpers, die sich der Physiologie des Körpers anpasst“. Bei muskulären Dysbalancen ist diese natürliche Bewegung nicht mehr vorhanden und Bewegungen müssen nun mit direktem Fokus auf die betroffene Region durchgeführt werden. Tanzberger (2004) beschreibt weiter, dass muskuläre Defizite des Beckenbodens eine besondere Herausforderung darstellen, da die meisten Patienten sich bis anhin nicht mit der Anatomie und der Funktion des Beckenbodens auseinandergesetzt haben. Eine visuelle Überprüfung der muskulären Aktivität ist zudem nicht möglich und das motorische Lernen im Bezug auf knowledge of results nicht anwendbar.

Das Tanzberger Konzept integriert Aspekte aus der Atemlehre, die auf physiologische „Wechselbeziehung zwischen dem Zwerchfell und der Beckenboden-Sphinktermuskulatur“ (Tanzberger 2004, S.12) beruht. Bei Inspiration senkt sich das Diaphragma und durch den Druck der inneren Organe spannt der Beckenboden reaktiv an. Diese antagonistische Tonus-Reaktivierung macht man sich in der Beckenbodentherapie zu Nutze und kann die Kontinenzfähigkeit fördern. Dass ein Kraftaufbau nur durch eine Gegenkraft aufgebaut werden kann, bewies auch schon Newton. Sprechen erhöht den intraabdominalen Druck und wird deshalb auch in der Therapie eingebaut. Lautbildungen formen eine Stenose, die die Tonisierung auf den Becken-

² Susanne Klein-Vogelbach war Lehrerin für rhythmische Gymnastik, was ihre Grundlage für ihre spätere Arbeit als Physiotherapeutin und ihre eigene Praxis bildete. Sie gründete die Physiotherapieschule am Kantonsspital Basel und gab viele Fortbildungskurse. Ab 1976 verfasste sie mehrere Lehrbücher zur Funktionellen Bewegungslehre und erhielt 1979 den Ehrendoktor an der Universität Basel.

boden anregen kann, da „die Wände des Bauch-Beckenraums mit Spannungsveränderung auf Druckwechsel reagieren“, so Tanzberger (2004, S.19).

Das Tanzberger Konzept berücksichtigt für die Beckenbodentherapie zusätzlich die kognitiven und mentalen Determinanten. Angst spielt dabei eine grosse Rolle. Patienten mit Inkontinenzproblemen verlassen selten das Haus, aus Angst, die Miktion nicht kontrollieren zu können. Urin zu verlieren macht vielen Leuten Angst und kann in einem *circulus vitiosus* enden. Durch Aufklärung und „Aufschubstrategien“ versucht die Physiotherapie dem entgegen zu wirken. Auf mentaler Ebene wird durch visuelle Stimulation und Vorstellungsvermögen versucht, die verantwortlichen motorischen Rindenfelder zu aktivieren. Durch diese Technik kann man die Anspannung der Beckenbodenmuskulatur unterstützen.

Beckenbodentherapie beinhaltet Übungen, welche nicht visuell nachahmbar oder überprüfbar sind. Daher ist die Kommunikation, das Verstehen und verbales Feedback von höchster Bedeutung. Gerade in der Behandlung mit Migrantinnen im Wochenbett ist die Kommunikation durch sprachliche Barrieren erschwerter als mit Einheimischen. In der Schweiz werden viele Migrantinnen, die keine Landessprache beherrschen, physiotherapeutisch behandelt.

2. Migration und Gesundheit in der Schweiz

„Der Begriff Migration stammt vom lateinischen Wort „migrare“ bzw. „migratio“ und heisst soviel wie „wandern“, „wegziehen“, und „Wanderung“. Gängige Definitionen beschreiben Migration als ein „Wohnortswechsel von relativer Dauer“. Migrationsprozesse sind jedoch durchaus komplexer als eine blosser Ortsveränderung. Nach Oswald wird Migration daher im Weiteren verstanden als „ein Prozess der räumlichen Versetzung des Lebensmittelpunktes, also einiger bis aller relevanter Lebensbereiche, an einen anderen Ort, der mit der Erfahrung sozialer, politischer und/oder kultureller Grenzziehung einhergeht“ (Oswald, 2007, S. 13)

(Dimino, Wächter, Hostettler, 2009)

Der Begriff „Personen mit Migrationshintergrund“ umfasst in dieser Arbeit all jene Personen, deren Geburtsland oder das ihrer Vorfahren nicht die Schweiz ist oder die nicht die Schweizerische Staatsbürgerschaft besitzen.

Die demografische Veränderung der Schweiz macht sich im Gesundheitswesen merkbar. Die Auseinandersetzung mit dem geschichtlichen Hintergrund der Schweiz im letzten Jahrhundert, zeigt den Ursprung für diese Veränderung. In der Schweiz leben viele Frauen mit Migrationshintergrund, die oft aufgrund sozioökonomischer Faktoren nicht den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem haben wie einheimische Frauen.

2.1 Demografische Entwicklung in der Schweiz und Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Schweiz vom Agrar- zum Industriestaat. Als Konsequenz wurde der Staat vom Auswanderungs- zu einem Einwanderungsland. In Folge verschiedener Einwanderungswellen zwischen 1950 und 2000 lebten Ende 2007 mehr als 1.7 Millionen Ausländer in der Schweiz, davon waren 912'000 Männer und 791'000 Frauen (Bundesamt für Statistik (BfS), 2008).

Zu Beginn der Migrationsbewegung in der Schweiz, waren vor allem ausländische Männer, die einwanderten, da der Arbeitsmarkt für sie ein grösseres Spektrum an Tätigkeitsfelder anbot. Obwohl der Männeranteil der ausländischen Gesellschaft noch immer höher ist, änderte sich anfangs der 90er Jahre die Geschlechterverteilung zu einer Egalisierung der Anzahl von Männer und Frauen. Das bilaterale Freizügigkeitsabkommen mit der europäischen Union (EU) im Jahr 2002 und eine neue restriktive Einbürgerungspolitik haben zusätzlich Anreize für die Einwanderung in die Schweiz gegeben (BfS, 2008).

Die aktuellsten Statistiken des Bundesamts für Migration (BFM) und Bundesamts für Gesundheit (BAG) (2008) zeigen einen hohen Prozentsatz von Personen mit Migrationshintergrund auf, welche 25% der Schweizerischen Bevölkerung betragen. Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg um 0.2%. Der grösste Teil der ausländischen Frauen ist relativ jung und im reproduktiven Alter. Im Jahr 2007 machten jene Frauen zwischen 20 und 44 Jahren, 49.2 % der ständigen ausländischen weiblichen Bevölkerung der Schweiz aus. Im Vergleich stellen die einheimischen Frauen im reproduktiven Alter nur 31.1% der gesamten weiblichen schweizerischen Bevölkerung dar. Dazu kommt, dass Ausländerinnen beim ersten Kind im Durchschnitt über zwei Jahre jünger (28.3 Jahre) sind als Schweizer Frauen (30.6 Jahre) und gleichzeitig durchschnittlich eine höhere Geburtenrate aufweisen. Schweizerinnen bekommen

im Durchschnitt 1.6 Kinder, wobei der Wert bei ausländischen Frauen 1.9 liegt. (→ Anhang: Abb. 1). 2007 wurden in der Schweiz 74'500 Kinder geboren, davon waren rund 18'700 Kinder (25.1%) mit ausländischer Staatsangehörigkeit (BfS, 2008). Ein anderer Grund für den Anstieg der Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist die Vermischung der verschiedenen Nationalitäten. In der Schweiz wurden im Jahre 2007 40'300 Personen getraut, davon bestand jede vierte Ehe aus einer schweizerischen und einer ausländischen Person. (BfS, 2008). (→ Anhang: Abb. 2)

Im Jahr 2008 lebten, gemäss dem Bundesamt für Statistik, 22.3% Ausländer dauerhaft in der Schweiz. (→ Anhang: Abb. 3) 30% der Schweizer Bevölkerung weisen einen Migrationshintergrund auf. Dieser grosse Anteil an Personen mit Migrationshintergrund führt zu einer Heterogenität an Sprachen, Ethiken, Kulturen, und Bildungsniveaus. Gemäss der UNO (United Nation Organisation) sollen alle Menschen, auch MigrantInnen das gleiche Recht auf medizinische Behandlung haben. Deshalb legte sie nach dem Zweiten Weltkrieg folgende Definition fest.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), eine Tochterorganisation der UNO, definierte nach dem Zweiten Weltkrieg (New York, 1946, S. 1) Gesundheit wie folgt: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Das gleiche Ziel wie die UNO verfolgt das BAG (2007, S. 13; zit. nach Lamprecht et al. 2006), indem sie besagt, dass „alle Menschen formal dieselben Chancen zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen und Aussichten auf Erfolg haben“ sollen. Zu beachten ist, dass Herausforderungen wie die Gewährleistung von Chancengleichheit, Gleichberechtigung, Würde, soziale Sicherheit sowie für die Gesundheit notwendige Pflege ernst genommen werden.

Das BAG (2007) erklärt, dass zwischen Integration und Gesundheit eine Wechselwirkung besteht. Schwierigkeiten der Integration können eine grosse Auswirkung auf den Gesundheitszustand haben. Im Gegenzug kann sich der Gesundheitszustand auf die Integration auswirken. „Die Herstellung von Chancengleichheit ist entspre-

chend das Oberziel der Integrationspolitik des Bundes“ (BAG, 2007, S. 13; zit nach Bundesrat 2002; BfM 2006). Die Chancengleichheit gilt es auch in der Physiotherapie zu beachten, so O'Shaughnessy und Tilki (2006).

Statistiken des BFS über Migration in der Schweiz zeigen, dass Migranten, welche keine Landessprache beherrschen und zusätzlich über wenig Bildung verfügen, im zweiten Sektor (Industrie) hoch vertreten sind. Dieser Gesellschaftssektor, welcher durch die Gegebenheiten meist der untersten gesellschaftlichen Schicht angehört, zeigt im Vergleich zur restlichen Schweizerischen Bevölkerung auffällige gesundheitliche Defizite auf.

Wie Regula Weiss (2005) beschreibt, macht nicht Migration selbst krank. Es sind viele Aspekte wie Aufenthaltsstatus, Arbeitsbedingungen, Ethik, Kultur, Bildung, soziale Beziehungen, Belastungen, sowie das Geschlecht, die eine Auswirkung auf die gesundheitliche Chancengleichheit haben.

Chancengleichheit im Gesundheitswesen, sprich in gesundheitlichen Institutionen, erfordert einen gleichberechtigten Zugang. Das BAG (2007; S.41) halten fest, dass jeder „das gleiche Recht und die gleiche Möglichkeit auf adäquate Leistung erhalten sollte“.

Der Forschungsbereich Migration und Gesundheit in Bezug auf die therapeutische Behandlung befindet sich noch in den Anfängen. In der Praxis zeigt sich jedoch einen grossen Bedarf an Aufklärung und Sensibilisierung für die therapeutische Interaktion mit MigrantInnen.

2.2 Stand der Forschung im Bereich Migration und Gesundheit

Die Forschung im Bereich Migration und Gesundheit weist grosse Lücken auf, da diese Thematik bis vor ca. 15 Jahren wenig Beachtung erhielt. Mittlerweile hat sich die Situation verändert. Die Gesundheit von Migranten weist sich als hochkomplexes Themenfeld auf, welches nun von verschiedenen Perspektiven und Fachbereichen erforscht wird. Primär wurden nur medizinische und epidemiologische Aspekte berücksichtigt, welche durch quantitative Forschung aufgezeigt wurden. Die Problematik zur Vervollständigung der Forschung schlägt sich aber in der qualitativen Datenerhebung und in der sozialwissenschaftlichen Annäherung nieder. (BAG, 2007; Bischoff, 2006)

In diesem Sinne erfragte das BAG die Zufriedenheit der MigrantInnen. Die Zufriedenheit der Patienten hat eine grosse Bedeutung für die Spitäler und somit auch für die Physiotherapie. Die Forschungsergebnisse dafür sind in der Literatur aber im Bezug auf Migranten noch widersprüchlich, da der Thematik zu wenig Beachtung geschenkt wird. Lediglich vier Prozent der Schweizer Spitäler führen Statistik über die Sprachenvielfalt des Personals und der Patienten. Zudem sind die Auswertungen der Daten nicht valide, da standardisierte Mittel fehlen. (BAG, 2007; Bischoff, 2006)

Die Patientenzufriedenheit müsste subjektiv erfasst werden, da jeder Mensch dem Gesundheitssystem andere Erwartungen entgegenbringt. Soziale Determinanten spielen eine beachtliche Rolle, wie Aufenthaltsstatus, soziale Schicht, Situation vor Immigration und Nationalität. Daraus kann man schliessen, dass man einer Migrationsgruppe kein Gesundheitsmuster zuordnen kann. (BAG, 2007; Bischoff, 2006)

Anfangs erfolgte die Datenerhebung der Patientenzufriedenheit vor allem durch Fragebögen, die per Post versandt wurden. Personen mit Migrationshintergrund können dadurch aber oft aufgrund eines prekären Aufenthaltsstatus, Misstrauen, Bildungsniveau und Sprachprobleme gar nicht, oder ungenügend erreicht werden. Dies erhöht die Gefahr einer Verzerrung der validen Daten. Das Bundesamt für Gesundheit führte mit der Strategie Gesundheit und Migration 2002-2007 erstmals eine umfassende Befragung von verschiedenen Ausländergruppen für den Umgang mit Migranten im Gesundheitswesen, unter dem Namen GMM (Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung) durch. Die Resultate zeigten, wie schon vor der Befragung angenommen, dass sozioökonomische Faktoren eine bedeutende Rolle spielen.

In einer Sache ist sich die Forschung einig (Gabadinho, Wanner, Dahinden, 2007, Etude du SFM 49; S.17), nämlich dass „der Einfluss des sozioökonomischen und soziodemografischen Profils und des Migrationshintergrundes auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen [...]“einen hohen Stellenwert hat.

Bezüglich des für diese Arbeit gewählten Themas vom Wochenbett, bedeutet dies für die Physiotherapie nun, dass die Behandlung der Migrantinnen zusätzlich andere Anforderungen mit sich bringt.

3. Migration und Wochenbett

Schwangerschaft und Geburt bringen viele Veränderungen mit sich. Diese sind jedoch nicht zwingend nur negativ. Es gibt auch viele Bereicherungen, die eine Schwangerschaft und ein Kind mit sich bringen. Physiotherapeutisch kann man diese positiven Eigenschaften oft auch als Motivationsfaktor nutzen, wenn man die physiologischen Auswirkungen einer Geburt behandelt. Physiotherapeutisch gesehen, stehen die negativen Effekte eher im Vordergrund, da die Patientin auf Hilfe angewiesen ist. Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Problematik der Urininkontinenz postpartum, aber auch andere Risiken, wie Untergewicht, Fehlgeburten, Frühgeburten, etc., die mit einer Schwangerschaft verbunden sind.

Viele Frauen jedoch erfahren Harninkontinenz zu ersten Mal während der Schwangerschaft oder in der postpartalen Phase. Gemäss Tanzberger (2004) geht die Physiotherapie im Wochenbett besonders auf die individuellen Bedürfnisse der Frau, sowie auf die geburtsbedingten Verletzungen ein. Um diese Bedürfnisse zu erfüllen, sind gegenseitiges Verständnis und eine gute Kommunikation grundlegende Voraussetzungen, sowohl für Einheimische wie auch für Frauen mit Migrationshintergrund. Die Frauen müssen klar ausdrücken können, welche Beschwerden und Probleme sie zu bewältigen haben. Ethnische und kulturelle Faktoren sind dabei auch massgebend, da Frauen mit Migrationshintergrund oft andere Verständigungsgrundlagen haben und Themen tabuisieren, welche für die landesübliche Kultur normal sind.

Alderliesten, Vrijkotte, van der Wal und Bonsel (2007) analysierten in einer Kohortenstudie in Holland das Verhalten, mit Fokus auf den Erstuntersuch beim Arzt, der ethnischen Minderheiten in der frühen Schwangerschaft. Auch Alder et al. (2008) erforschten diesen Zusammenhang in einer in der Schweiz durchgeführten Studie. Beide Studien betonen, dass frühe Untersuchungen (Ultraschall, Blutzucker, etc.) wichtig sind, um mögliche Risikofaktoren einer Schwangerschaft einzudämmen. Alderliesten et al. (2007) und Alder et al. (2008) erkannten, dass Migrantinnen oder Frauen mit Migrationshintergrund signifikant später den Arzt in einer Schwangerschaft aufsuchen, obwohl der Zugang zum Gesundheitswesen in der Schweiz und in Holland für alle gewährleistet ist. Dieses Verhalten der Migrantinnen ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Zum einen spielen sozioökonomische Determinanten, wie Ausbildung, Bildungsniveau und Einkommen eine Rolle, zum anderen sind auch Fakto-

ren wie Kultur, Sprachkenntnisse oder Erziehung ausschlaggebend. Auffällig ist, dass schwangere Migrantinnen jünger sind, mehr Kinder haben und vermehrt ungeplant schwanger werden. Alderliesten et al. (2007) beschreiben, dass vor allem bei Migrantinnen, welche weder die Sprache beherrschen, noch aus einem westeuropäischen Land stammen, die Tendenz zu einem späten Erst-Untersuch in der Schwangerschaft signifikant erhöht ist. Im Gegensatz dazu unterscheidet sich das Verhalten von Frauen, die aus Westeuropa stammen und gute Sprachkenntnissen des Gastlandes haben, bezüglich der Schwangerschaft nicht signifikant.

Bollini, Pampallona, Wanner und Kupelnick (2008) handelten europäische Studien von 1966 bis 2004 ab. Dieses systematische Review mit dem Titel „*Pregnancy outcome of migrant women and integrations policy*“ zeigt, dass Migrantinnen einem massiv höheren Gefahrenpotenzial ausgesetzt sind, wie das Risiko für untergewichtige Neugeborene (43%), Frühgeburt (24%), perinataler Tod (50%) und für angeborene Behinderungen (61%). Bollini et al. (2008) erklärt, dass „in countries where a definite effort to establish strong integration policies has been made the disadvantage is cancelled or at least attenuated, resulting in a sizeable significant reduction in the gap between native and immigrant women“. Am auffälligsten war dieser Rückgang des Risikos bei angeborenen Behinderungen. Nicht alle Gefahrenpotenziale sind auf die Integrationspolitik zurückzuführen. Naheliegende Erklärungen beruhen auf dem Schwangerschaftsverhalten der Migrantinnen (Übergewicht, Alter, Sterblichkeitsrate, Alkohol- und Tabakkonsum, riskantes Sexualverhalten, sozioökonomische und umgebungsbedingte Faktoren), die aber nicht nur bei ihnen, sondern auch bei Einheimischen gefährlich sind. Ein wichtiger Zugang zu adäquater Behandlung im Gesundheitswesen ist das gegenseitige Verstehen. Migrantinnen können oft die Sprache des Gastlandes nur ungenügend, so dass Sprachbarrieren behindern können. Bollini et al. (2008; zit nach Bollini et al. 2007) beschreibt dieses Problem wie folgt:

„Communication barriers, including both language and cultural aspects, during pregnancy and at delivery may be extremely relevant for immigrant women, who tend to speak the language of the receiving country less fluently than men, even after several years of residence, and to be less exposed to the new culture because of social roles which keep them inside the home.“ (S. 457)

Diese Aspekte kommen auch in der Physiotherapie zu tragen. Gerade in einer für viele Frauen so herausfordernde Situation wie der Schwangerschaft und der Geburt ist eine gute Kommunikation unabdingbar. In diesem Prozess liegt die Hauptaufgabe der Physiotherapeuten in der Aufklärung und Informationsgebung über die Thematik. Klarheit und Informationen nehmen den Patientinnen die Angst, was gerade für Frauen mit Migrationshintergrund, sehr wichtig ist.

Aufgrund der beschriebenen Faktoren, ist der für den Physiotherapeuten unabdingbar, dass er sich im Laufe seiner physiotherapeutischen Karriere transkulturelle Kompetenz aneignet.

4. Transkulturelle Kompetenzen in der Physiotherapie

Kultur stammt vom lateinischen Wort „*colere*“, was bebauen, bewohnen, wohnen, pflegen, verehren, den Acker bestellen bedeutet und ist die „Gesamtheit des vom Menschen Geschaffenen“. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Kultur>)

Kultur ist die Gesamtheit der unverwechselbaren geistigen, materiellen, intellektuellen und emotionalen Eigenschaften, die eine Gesellschaft oder eine soziale Gruppe kennzeichnet, und umfasst über Kunst und Literatur hinaus auch Lebensformen, Formen des Zusammenlebens, Wertesysteme, Traditionen und Überzeugungen. (Bundesamt für Kultur, zit. nach Unesco, 1982)

Leininger definiert transkulturelle Kompetenz folgendermassen:

Transcultural competency is

“a formal area of study and practice focused on comparative holistic culture, care, health, and illness patterns of people, with respect to differences and similarities in their cultural values, beliefs, and practices with the goal to provide culturally congruent, sensitive, and competent nursing care to people of diverse cultures.“ (Papadopoulos, 2006; zit. nach Leininger 1995; S. 4)

Erll und Gymnich (2007; S.6) weisen daraufhin, dass „im Zuge der verstärkten Internationalisierung und Globalisierung sich bei vielen Menschen inzwischen ein Bewusstsein dafür entwickelt hat, dass in interkulturellen Interaktionen häufig Probleme auftreten“. Daher sind Anpassungen in den verschiedenen medizinischen Berufen

unvermeidbar, insbesondere auch in der Physiotherapie. Um eine therapeutische Beziehung zu einem Patient mit Migrationshintergrund aufzubauen, braucht es transkulturelle Kompetenz. Dafür hat Leininger als erste ein Modell entwickelt, welches die transkulturelle Kompetenz fördert. Dieses Modell diente als Grundlage für die der heutigen Zeit angepassten Modellen von Domenig und Papadopoulos, welche im folgenden Kapitel aufgezeigt werden.

4.1 Transkulturelle Modelle im Gesundheitswesen

Durch die demografische Entwicklung herrscht in den europäischen Ländern eine verstärkte Durchmischung von verschiedenen Kulturen. Dies macht sich im Gesundheitssystem bemerkbar, denn in der Behandlung von Migranten bestehen grosse Unterschiede zu den Behandlungen mit einheimischen Patienten. Fachpersonen sind auf Hilfe angewiesen, damit sie jedem den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem und zur Behandlung bieten können, so O'Shaughnessy et al. (2006) und Domenig (2007). Fachpersonen müssen hinsichtlich der Aspekte wie sozioökonomische Determinanten und geschlechtliche Faktoren geschult werden, denn nicht nur sprachliche Probleme können den Zugang verhindern.

Diese Problematik war schon im letzten Jahrhundert vorhanden. Madeleine Leininger war die erste, die ein umfassendes Modell diesbezüglich aufstellte. Domenig³ (2007) und Papadopoulos⁴ (2006) überarbeiteten dieses Modell von Leininger, da es nicht mehr direkt auf die heutige Gesellschaft anwendbar war. Diese neuen Modelle sind vergleichbar aufgebaut und in alle Gesundheitsberufen vertretbar. Die Modelle sollen den Umgang mit MigrantInnen erleichtern und Fehlbehandlungen oder unnötig lange Spitalaufenthalte verhindern.

Das Leininger Modell

Madeleine Leininger⁵ arbeitete in den vierziger Jahren mit Kindern von Migranten und stellte dabei fest, dass das Verhalten und die Bedürfnisse von Migranten sich im Vergleich zu der einheimischen US-Bevölkerung unterschieden. In den fünfziger Jah-

³ Dagmar Domenig, Dr. phil. lic. iur. ist Ethnologin, dipl. Pflegefachfrau und Leiterin im Fachbereich Bildung und Gesundheitsförderung und des Zentrums für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Rotes Kreuzes

⁴ Papadopoulos ist Professorin für transkulturelle Gesundheit und Pflege und zusätzlich Leiterin des Forschungszentrum für transkulturelle Studien in Gesundheit.

⁵ Madeleine Leininger, Professorin für Krankenpflege und Ethnologin, ist die Pionierin der Transkulturellen Pflege. Sie prägte stark die Kulturpflegeforschung und erforschte dabei nahezu 60 Kulturen im pflegerischen Kontext und deren Handlungsweisen.

ren begründete sie, als Konsequenz daraus, die "Transkulturelle Pflege" als neues Gebiet der Pflegewissenschaften (Domenig, 2007).

Leininger kritisierte die damaligen stark medizinorientierten Pflege-theorien, bei dem das Individuum im Zentrum steht und der Aspekt der Kultur, das heisst die Bevölkerungsgruppen, wenig berücksichtigt werden. Ziel ihrer Theorie ist es bei einer Behandlung das Kulturspezifische zu erfassen. Somit entstand ein methodisches Konzept zur Kulturpflegeforschung, das so genannte „ethnonursing“. Leininger sammelte all ihre Erkenntnisse und Ergebnisse und fasste diese in dem „Sunrise-Modell“ (→ Anhang: Abb. 4) zusammen.

Später definiert sie transkulturelle Pflege folgendermassen:

„Ein ausgewiesener Bereich des Studiums und der Praxis, der sich auf eine vergleichende, ganzheitliche Sicht der Kultur-, Pflege-, Gesundheits- und Krankheitsmuster von Menschen konzentriert; der Unterschiede und Ähnlichkeiten in ihren kulturellen Wertvorstellungen, Glaubenssätzen und Praktiken berücksichtigt; der das Ziel hat, Menschen verschiedensten kulturellen Hintergrunds kulturell kongruente, sensible und kompetente Krankenpflege ange-deihen zu lassen“ (Domenig, 2007; S. 167-168; zit. nach Leininger, 1995).

Domenig beschreibt (2007), dass das Leininger Modell eine homogene Kultur voraussetzt, was in der heutigen hochkomplexen Gesellschaft durch die Mobilität und Internationalisierung nicht mehr angenommen werden kann. Deshalb kann man nicht mehr ethnologiebasiert behandeln, denn die Kulturen sind nicht mehr klar nach aussen abgrenzbar. Domenig (2007; S.171 zit. nach Culley, 2001) sieht eine Gefahr darin, dass „Unterschiede zwischen ethnischen Gruppen überbetont, während Unterschiede innerhalb ethnischer Gruppen ignoriert werden“.

Als Folge davon stellte Domenig ein neues angepasstes Konzept der transkulturellen Kompetenz auf. Das Konzept ist besonders gut in der Pflege wie auch in anderen gesundheitlichen Berufen anwendbar. Das Modell soll gerade Situationen, wie die Therapie im Wochenbett mit Migrantinnen erleichtern und somit erfolgreicher machen.

4.2 Transkulturelle Modelle der Pflege und Physiotherapie

Im Gesundheitswesen wird oft noch von multikultureller oder interkultureller Pflege gesprochen. Mit den Modellen von Leininger, Domenig und Papadopoulos wurde der Begriff der transkulturellen Kompetenz in der Pflege oder Physiotherapie eingeführt. Um den Begriff transkulturelle Kompetenz in der Physiotherapie mit MigrantInnen anzuwenden, ist die Unterscheidung von folgenden Begrifflichkeiten wichtig:

Multikulturalität „gründet auf der Multikulturalismusdebatte, welche von einem friedliche Nebeneinander von verschiedenen „Kulturen“ ausgeht.“ (Domenig, 2007, S. 172)

„Interkulturalität betont die Begegnung zwischen zwei „Kulturen“ und beleuchtet mögliche Reibungsflächen.“ (Domenig, 2007, S. 172)

Transkulturalität: „... das über das kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende [...]“ (Domenig, 2007, S. 172)

„Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten, und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen. (Domenig, 2007, S. 174)

Transkulturelle Kompetenz nach dem Modell von Domenig

Der Begriff Transkulturalität beinhaltet ein Paradoxon, denn einerseits will sich dieses Konzept von der Existenz einer in *sich geschlossen* „Kultur“ distanzieren, andererseits beharrt man auf dieser Begrifflichkeit, da man das Bestehen von Kulturen damit voraussetzt.

Welsch beschreibt:

„Unsere Kulturen haben de facto längst nicht mehr die Form der Homogenität und Separiertheit, sondern sind weitgehend durch Mischung und Durchdringung gekennzeichnet. Diese neue Struktur der Kulturen bezeichne ich, da sie über den traditionellen Kulturbegriff hinaus- und durch die traditionellen Kul-

turgrenzen wie selbstverständlich hindurchgeht, als transkulturell“ (Domenig, 2007, S. 172-173; zit. nach Welsch; 1999: 51)

Mit dem Wissen von der Durchmischung der Kulturen, auch hybride Kultur oder Kreolisierung genannt, sucht die Transkulturelle Kompetenz nicht primär nach Unterschieden sondern nach Gemeinsamkeiten. Im Unterschied zu Leiningers Modell steht in der Transkulturellen Kompetenz nicht die Interaktion zwischen Fachperson und Migranten und nicht die fremden Kulturen im Vordergrund. Nach Domenig stützt sich diese Interaktionsfähigkeit auf drei Säulen: Selbstreflexion, Hintergrundwissen/Erfahrungen und Empathie/Verstehen.

Selbstreflexivität (Selbstkompetenz)

Selbstreflexion bezieht sich auf einen Prozess, in dem das Selbstverständliche in Frage gestellt wird. Pflegende und Therapeuten, die in der Lage sein wollen, transkulturell zu behandeln müssen in der Lage sein ihre eigene Lebenswelt zu erkennen und in Frage zu stellen. Mit Lebenswelt bezeichnet sich, das was für einen gemeinhin selbstverständlich und wirklich ist. Dadurch kann das eigene Handeln und Verhalten und die alltäglichen Be- und Verurteilungen relativiert werden. „Es geht um die Erforschung des eigenen Weltbildes, wie überhaupt des Zugangs zur Welt. Das vermeintlich Fremde kann dabei als Spiegel des Eigenen dienen.“ (Uzarewicz, 2008, S. 11)

Auch Domenig (2007) definiert Selbstreflexion auf diese Weise und betont, dass Selbstreflexion Voraussetzung ist, um Migranten und deren Hintergründe wie auch Erfahrungen besser einordnen und wertfrei verstehen zu können.

Hintergrundwissen und Erfahrung (Fachkompetenz)

Domenig (2007) erläutert, dass für die Arbeit mit Migranten ein Hintergrundwissen notwendig ist. Damit ist nicht das kulturspezifische Wissen gemeint, sondern bezieht sich auf „Konzepte generellen Art, die bei allen MigrantInnengruppen gleichermassen zur Anwendung kommen können“(Domenig 2007; S.176).

Dieses Hintergrundwissen beinhaltet die Erkenntnisse über „Daten und Fakten zu Migration, Integration, Grund- und Menschenrechte, Rassismus und Diskriminierung sowie über die individuellen Lebenswelten in der Migration“. (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2009) Weitgehend gehören auch Aspekte der Ethnologie, Soziologie und Psychologie dazu.

Nicht nur das Hintergrundwissen, sondern auch konkrete Erfahrungen in der Arbeit mit Migranten spielen eine Rolle. In den gesundheitlichen Institutionen kommt es häufig zu transkulturellen Interaktionen. Diese Begegnungen sollte als Chance und Ressource zur Weiterentwicklung in der transkulturellen Kompetenz genutzt werden, wie auch für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung.

Empathie und Verstehen (Sozialkompetenz)

„Urteile nie über einen anderen, bevor Du nicht einen Mond lang in seinen Mokassins gegangen bist.“ (indianische Redensart)

Empathie ist die „Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage eines anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleibt das Gefühl aber anschaulich dem anderen zugeordnet.“ (Bischof-Köhler, 1989, S. 26)

Unter Empathie im Migrationskontext, versteht man die Neugierde, das Interesse und der Wille das Gegenüber kennen zu lernen. Problematisch ist jedoch, dass in der Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf viel über professionelle Distanz gelehrt wird, aber nicht über empathische Nähe. Da diese Empathie nicht gelernt wird, sondern vor allem die therapeutischen Abgrenzung, ist der Behandelnde oft mit der Situation überfordert. In der Arbeit mit Migranten ist Empathie so zentral, da oft nicht auf Erfahrungen zurückgegriffen werden kann, sondern der neuen Situation offen entgegengetreten werden muss. (Domenig, 2007)

Interaktionsmodell nach Domenig:

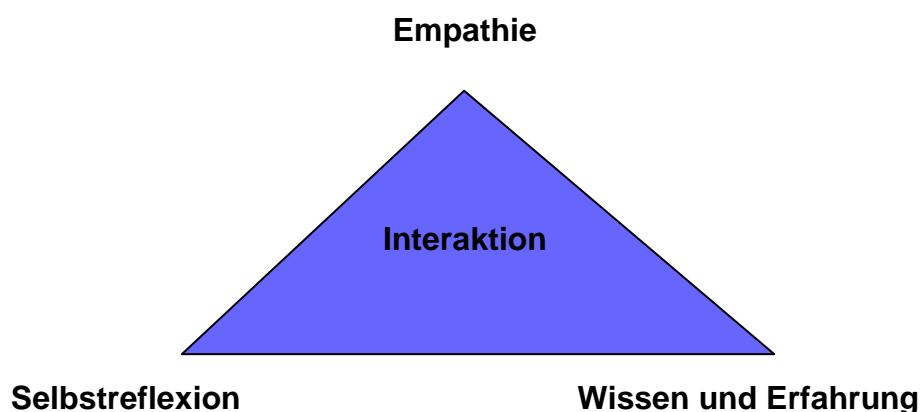


Abb. 5: Modell Transkulturelle Kompetenz. (Eigene Darstellung)

Aus dieser Dreiecksbeziehung entsteht die Interaktion, die Watzlawick (2008) wie folgt definiert: „Interaktion gilt als Bezeichnung für das wechselseitige aufeinander bezogene, aneinander orientierte und sich ergänzende Verhalten zwischen Menschen, für das Geschehen zwischen Personen, die wechselseitig aufeinander reagieren, sich gegenseitig beeinflussen und steuern.“ (Reust Sauter, 2004, zit. nach Hobmair, Altenhan, Dirrigl, Gotthardt, Höhle, Ott und Schneider, S. 32)

Kulturelle Kompetenz in der Physiotherapie nach dem Modell von Papadopoulos

O'Shaughnessy et al. (2006) untersuchten die transkulturelle Kompetenz im Zusammenhang mit der Physiotherapie und stellten ein Modell für dessen Sensibilisierung zusammen. Dieses Modell stützt sich auf vier Aspekte: „Kulturelles Bewusstsein“, „Kulturelles Fachwissen“, „Kulturelle Sensibilität“ und „Kulturelle Kompetenz“. Dies kann als Hilfsmittel in der Kommunikation mit Migranten in der Physiotherapie dienen. Gerade für die Arbeit im Wochenbett kann dieses Modell Verständnis für das Gegenüber generieren und die Therapie und Kommunikation erleichtern.

O'Shaughnessy et al. (2006) beziehen ihre Studie auf das Modell von Papadopoulos et al. (2006), die ihr Modell nach den Strukturen vom Leiniger-Modell aufbauten.

Modell für Transkulturelle Kompetenz nach Papadopoulos

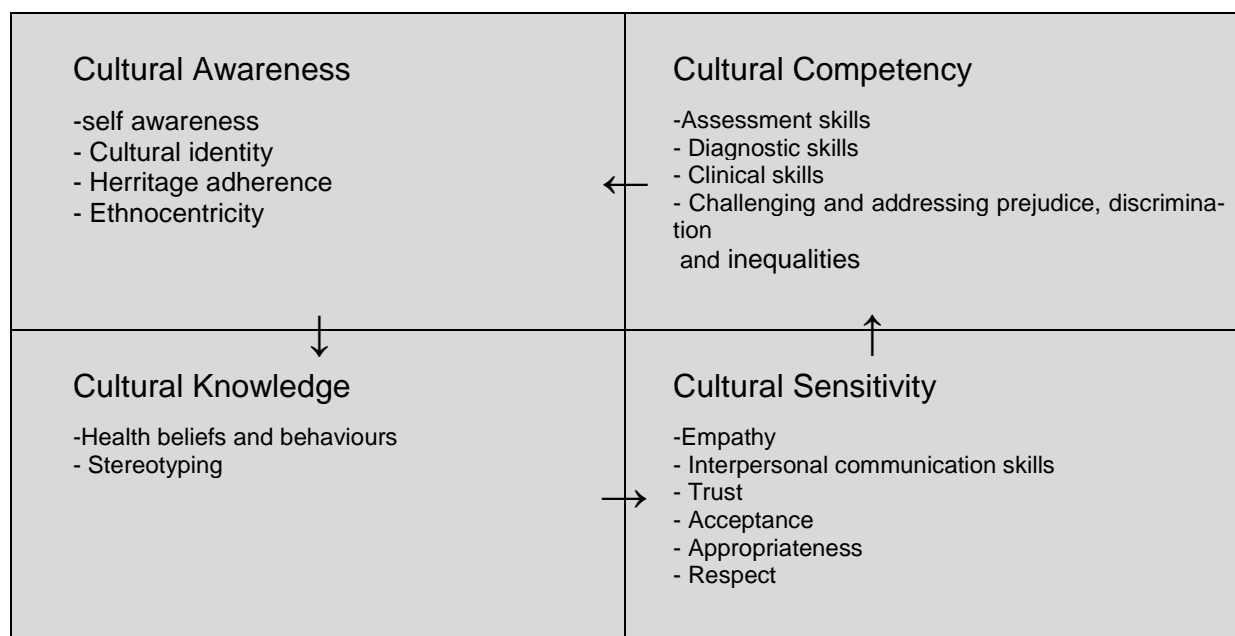


Abb 6: Papadopoulos et al.'s model for transcultural skills development (1994). (Eigene Darstellung, nach O'Shaughnessy, 2007)

Cultural Awareness

Kulturelles Bewusstsein ist die wichtigste Komponente der kulturellen Kompetenz in der Physiotherapie. Das für unsere Kultur Selbstverständliche, sehen Angehörige einer anderen Kultur nicht unbedingt als selbstverständlich. Dies kann im Wochenbett eine grosse Rolle spielen, da Frauen einer anderen Kultur ganz andere Vorstellungen oder ein anderes Bewusstsein für ihr eigenes Verhalten haben. Ein Physiotherapeut hat die Aufgabe, Gemeinsamkeiten zwischen seiner Kultur und der des Patienten zu suchen. Infolgedessen sollte er sich bewusst sein, dass ein Mensch sich mit seiner Kultur identifiziert, aber trotzdem nicht mit allen anderen dieser Kultur vergleichbar ist. Jeder sollte sich bewusst sein, dass Dinge und Taten, die man selbst als korrekt und moralisch empfindet, für jemanden einer anderen Kultur als anders oder sogar falsch empfunden werden können.

Physiotherapeuten, welche in der Geburtsabteilung arbeiten, sollten ein kulturelles Bewusstsein entwickeln, indem sie offen sind für verschiedenen kulturelle Eigenheiten und Gesundheitsverhalten. O'Shaughnessy et al. (2006) beschreiben, dass dies in der Physiotherapie momentan nicht der Fall sei und daher noch viel Handlungsbedarf besteht.

Cultural Knowledge

Die zweite Säule des Modells von Papadopoulos beschreibt das kulturelle Fachwissen. Dieser Punkt beinhaltet Gesundheitsüberzeugungen und –verhalten und das Stereotypisieren von Patienten einer anderen Kultur. O'Shaughnessy et al. (2006) wiederholen, dass es wichtig ist, Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen zwei kulturellen Gruppen zu erkennen. Des Weiteren sollte gegen Vorurteile resistiert werden, da diese zum Stereotypisieren verführen und dadurch zu inadäquater Behandlungen verleiten können. Physiotherapeuten sollen mit Migrantinnen im Wochenbett so arbeiten, dass beide davon einen Nutzen haben und vom anderen etwas lernen können. Die Patientin profitiert vom Fachwissen des Physiotherapeuten und dieser lernt Eigenschaften der fremden Kultur besser kennen. Denn die gemachten Erfahrungen und erklärenden Gesundheitsmodelle lassen den Horizont eines Physiotherapeuten erweitern und geben ihm dadurch ein Verständnis für die Migrantinnen.

Bei der Untersuchung von MigrantInnen, müssen Physiotherapeuten darauf schauen, dass sie nicht nur biomedizinisch untersuchen, sondern besonders auch auf die soziokulturellen Aspekte eingehen. Dies kann mit der Hilfe des ICF-Modells (International Classification of Functioning, Disability and Health international) berücksichtigt werden. Sind die soziokulturellen Faktoren vernachlässigt worden, kann das zu inkorrekten klinischen Diagnosen kommen, welche das Ausmass des Problems verfälschen. (O'Shaughnessy et al., 2006)

Cultural Sensitivity

Die dritte Säule des Papadopoulos Modells beruht auf die kulturelle Sensibilität. Wie O'Shaughnessy et al. (2006) sagen, genügt kulturelles Fachwissen alleine nicht, da es ein gewisses Mass an Sensibilität braucht.

Die kulturelle Sensibilität ist in therapeutischer Interaktion nicht wegzudenken, denn sie bietet die Basis für Respekt, Vertrauen, Akzeptanz und Empathie. Ohne diese vier Aspekte ist eine therapeutische Partnerschaft nicht möglich und führt somit auch nicht zu einem Therapieerfolg. Um diese Kulturelle Sensibilität zu ermöglichen braucht es Fachwissen für fremde Kulturen, bezüglich deren kulturellen Haltungen und Verhalten. (O'Shaughnessy et al., 2006)

O'Shaughnessy et al. (2006) beleuchten weiter:

„Communication is fundamental to all physiotherapy interactions, and empowering the patient through rapport, respect and trust improves subjective indicators of motivation, satisfaction, emotional measures, sense of control, and physical objective outcomes. As a profession, physiotherapy must recognise that communication training needs exist and should be addressed.” (S. 74)

O'Shaughnessy et al. (2006) sprechen von weiteren Faktoren, die die therapeutische Beziehung beeinflussen. Das Verhältnis von Nähe und Distanz, ist dann optimal, wenn dem Physiotherapeut mit seinem Fachwissen Autorität und den nötigen Respekt entgegengebracht wird. Wichtig zu beachten ist auch, was die Migrantin als Individuum benötigt und was in ihrer Situation auch von der Gesellschaft und Familie erwartet wird. Ein weiterer Punkt ist das Durchsetzungsvermögen und die Entschlossenheit, die in anderen Kulturen zwischen Frauen und Männer verschieden gehandhabt werden. Ein Physiotherapeut sollte darauf bedacht sein, dass Migrantinnen im Wochenbett anders auf Ungewissheit reagieren können. Diese Ungewissheit kann eine unerwartete Reaktion auf eine neue ungewohnte Situation hervorrufen, was bis

hin zur Vermeidung der Therapie führen kann. Besonders zu berücksichtigen ist dies bei erstgebärenden Migrantinnen, da sie mit viel Neuem konfrontiert werden und aufgrund Sprachbarrieren oft nicht genügend aufgeklärt sind. (O'Shaughnessy et al., 2006)

Kennt ein Physiotherapeut all diese Einflussfaktoren der therapeutischen Interaktion, kann er besser antizipieren und gezielt auf den Patienten eingehen, was weiterhin die Compliance und die Haltung des Patienten positiv beeinflussen kann. Wenn Physiotherapeuten Überzeugungen, Werte und Verhalten einer anderen Kultur kennen und akzeptieren und ihr offen gegenüberstehen, können Barrieren, welche einer qualitativ hochstehende Physiotherapie im Wege stehen, eliminiert werden. Allgemeine Faktoren, welche mit der Kommunikation einhergehen, dürfen dabei nicht in den Hintergrund gestellt werden. Dazu gehören Augenkontakt, Körpersprache oder besonders bei der Arbeit mit MigrantInnen, das Bewusstsein, dass es Wörter gibt, die nicht direkt übersetzt werden können oder die in unserer Sprache einen ganz anderen Sinn ergeben. (O'Shaughnessy et al., 2006)

Cultural Competence

Die vierte und letzte Säule beschreibt die Inhalte der kulturellen Kompetenz. Sie ist die Summe der anderen drei Säulen und beinhaltet Aspekte aus dem kulturellen Bewusstsein, Fachwissen und der Sensibilität.

In der Physiotherapie sind Problemerkennung, gemeinsame Zielsetzung und individuell angepasste Therapie mit Rücksicht auf das Gesundheitsbild des Patienten mit Migrationshintergrund sehr wichtig, sowohl für ihn wie auch sein kulturelles Umfeld (O'Shaughnessy et al., 2006). Dies kann die Zufriedenheit der Patienten, sowie die Motivation und das physiologische Ergebnis stark beeinflussen (z.B. die ROM, die Kraft, das Gleichgewicht und die funktionellen Limitationen).

Im Gesundheitswesen, besonders in der Physiotherapie, werden Patienten unbewusst oft diskriminierend behandelt, da bei den Behandelnden oft eine falsche Haltung gegenüber Personen mit Migrationshintergrund vorhanden ist. Diese Erscheinung kann den physiotherapeutischen Prozess behindern. Mit Hilfe der kulturellen Sensibilität sollte der Physiotherapeut in solchen Situationen den Patienten ermutigen, verschiedene Ansichten oder therapeutische Perspektiven zu erkennen, die eine Kongruenz mit seiner Kultur oder Religion aufzeigen. Durch den schlechteren Zugang zum Gesundheitswesen, sind Patienten mit Migrationshintergrund gewisser-

massen institutionellem Rassismus ausgesetzt. Der Physiotherapeut muss seine Verpflichtung wahrnehmen und Vorurteilen, Diskriminierung oder institutionellem Rassismus im Gesundheitswesen entgegenwirken, damit er offen und vorurteilslos dem Patienten gegenüber treten kann. Er muss sich bewusst sein, dass es kulturelle Unterschiede geben kann. Wenn er diese erkennt und als signifikant erachtet, kann damit der Gefahr einer oft unabsichtlichen Diskriminierung oder einem institutionellen Rassismus entgegengewirkt werden. (O'Shaughnessy et al., 2006)

Gemäss O'Shaughnessy et al. (2006) muss die klinische Wissenschaft die Verbindung zwischen Volkszugehörigkeit und Gesundheit seriöser berücksichtigen, um sicherzustellen, dass ihre Ergebnisse nicht mangelhaft oder diskriminierend sind.

Für die transkulturelle Behandlung im Wochenbett bedeutet dies nun, dass Zugangsbarrieren minimiert werden müssen, um Migrantinnen vor der institutionellen Diskriminierung zu schützen. Das BAG (2007; zit. nach Bollini 1992; Bollini und Siem, 2003; Weiss 2003) erläutert dieses Problem der Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem wie folgt:

„Zugangshindernisse betreffen die Migrationbevölkerung in der Regel direkter als andere gesundheitlich benachteiligte Gruppen. Insbesondere sprachliche und kulturelle Barrieren können bei MigrantInnen den gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem und die Möglichkeit, adäquate Leistung in Anspruch zu nehmen, einschränken.“ (S. 42)

Da die Migrantinnen nicht alle aus dem gleichen Land stammen und somit eine grosse Diversität an Sprachen herrscht, stellt sich das Problem der Kommunikation in den Vordergrund.

Laut Dahinden und Chimienti (2002; zit. nach Bischoff 2001, Loncarevic und Selva, 2001), haben verschiedene Studien gezeigt, dass „seitens von Fachpersonen Kommunikationsprobleme mit MigrantInnen als eines der zentralsten und signifikantesten Probleme für die tägliche Arbeit im Gesundheitsbereich identifiziert wurden“.

Diese Problematik schlägt sich auch auf die Arbeit in der Physiotherapie nieder, denn die Kommunikation ist für eine adäquate Behandlung und Behandlungserfolg von grösster Bedeutung. Ein Paradebeispiel hierfür ist die Behandlung der Wöchnerinnen. Die Physiotherapie im Wochenbett ist eine Massnahme, welche grösstenteils durch Information und Instruktion und somit auf verbaler Basis erfolgt.

5. Transkulturelle Kommunikation

5.1 Problemstellung

Menschen kommunizieren auf verschiedene Weise miteinander, es besteht jedoch für den Austausch von Botschaften das Sender-Empfänger-Modell. Bei direkter menschlicher (face-to-face) Kommunikation unterscheidet man im Grossen und Ganzen zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation. In dieser Arbeit wird bewusst nur der Aspekt der verbalen Kommunikation betrachtet, da diese im Wochenbett eine bedeutende Rolle spielt.

Laut Hälg, Wallimann, Salis Gross, und Wick Marcoli (2004) ist das Thema der Kommunikation bzw. der Verständigung sehr zentral und wird als ein Schlüsselement in der Gesundheitsversorgung bezeichnet. In der Physiotherapie ist die Kommunikation ein tragender Pfeiler, beginnend mit der Anamnese. Bischoff et al. (2003) beschreiben, dass die Qualität der Kommunikation im direkten Zusammenhang mit der Qualität der Diagnose und Therapie steht. Die verschiedenen Arten der Gesprächsführung wurden schon mehrfach untersucht und beschrieben. Dies kann unter anderem im Buch von Hoos-Leistner und Balk „Gesprächsführung in der Physiotherapie“ nachgelesen werden.

Bischoff et al. (2003), Dahinden et al. (2002) und Hälg et al. (2004) belegen, dass in der Thematik des interkulturellen Übersetzens ein hoher Handlungsbedarf ist. Hälg et al. (2004) erforschte die Problematik des interkulturellen Übersetzens zusätzlich noch im Kontext der Migration und reproduktive Gesundheit und fokussierte sich vor allem auf die peripartale Phase.

Für gesundheitliche Institution ist die transkulturelle Kommunikation eine grosse Herausforderung, wenn man die Komplexität einer multikulturellen Gesellschaft und auch die Zahl der jungen Frauen mit Migrationshintergrund berücksichtigt. Die Institutionen müssen zahlreichen Ansprüchen seitens des Personals, der Patienten und anderen Beteiligten (z.B. Krankenkassen, Apotheker, etc.) gerecht werden. Ziel des Konzeptes der Transkulturellen Kompetenz ist die Sensibilisierung für die gesellschaftliche Diversität, um Chancen und Risiken zu erkennen, welche die Interaktion mit Migranten mit sich bringt. Diese Sensibilisierung ist Voraussetzung für eine adäquate Behandlung. (Bischoff, 2006)

Sprachliche und kulturelle Verständigung sind die Kernpunkte der gerechten Behandlung von Migranten. Deshalb ist es wichtig Zugangsbarrieren abzubauen oder zu überwinden um die Chancengleichheit im Gesundheitswesen zu optimieren. Diese Zugangsbarrieren machen sich auch im Wochenbett stark bemerkbar, da der Anteil an Migrantinnen prozentual relativ hoch ist. Eine besondere Herausforderung im Wochenbett ist, dass die Migrantinnen sich in einer vulnerablen Situation befinden und vom Behandelnden fast vollständig abhängig sind. Bischoff (2006) beschreibt, dass Geburt, Tod und Krankheit als eine „Grenzsituation“ erfahren werden.

Im Wochenbett sind vor allem die Erklärungen des Beckenbodens schwierig. Der Beckenboden hat Bewegungen die nicht ersichtlich sind, sondern nur von den Wöchnerinnen gespürt werden. Dabei kann nur über verbalen Austausch erkannt werden, ob die Übung richtig gemacht wird und somit ihre Wirkung erzielt. Wieder zeigt sich die Wichtigkeit der Kommunikation mit Migrantinnen im Wochenbett. Um dem Problem, das transkulturelle Kommunikation mit sich bringt, entgegenzuwirken, gibt es verschiedene Strategien, die die therapeutische Kommunikation erleichtern können.

5.2 Transkulturelle Kommunikation in der Physiotherapie

„Ad hoc“ ist ein lateinisches Wort und bedeutet „für diesen“, Ein Ad hoc Übersetzer ist meistens ein Familienangehöriger oder Personalangestellte, welche die gleiche Sprache sprechen wie der Patient. Ad hoc Übersetzer unterscheiden sich zu den Dolmetschern, indem sie keine fachtechnische Ausbildung haben.

Der „Dolmetscher“ übersetzt meist das wiedergegebene wortwörtlich und fügt keine Erläuterungen und Erklärungen bei. Dolmetscher sind ausgebildete, professionelle Übersetzer.

„Interkulturelles Übersetzen“ erfolgt über „eine mündliche Verdolmetschung in Triadlogsituation unter Einbezug der sozialen und kulturellen Hintergründe der Gesprächsparteien. Das interkulturelle Übersetzen wird vor allem im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich, nicht aber bei Behörden und Gerichten angewendet.“ (Obergericht des Kantons Zürich, Fachgruppe Dolmetscherwesen, 2007, S.1)

Der verbale Informationsaustausch ist die wichtigste Grundlage der Physiotherapie. Wie schon erwähnt, baut die physiotherapeutische Behandlung im Wochenbett

grundlegend auf dem kommunikativen Austausch des Physiotherapeuten und des Patienten auf. Die Arbeit mit Migrantinnen im Wochenbett ist aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen sehr erschwert. Wie Weiss und Stuker (1999) erläutern, hat sich die Herkunft der MigrantInnen stark verändert. Wo früher die Einwanderer eher von unseren Nachbarländern stammten, kommen sie heute vor allem von slawisch sprechenden Ländern und von Entwicklungsländern. Weiss et al. (1999) zeigen auf, dass „43% der MigrantInnen heute keine der offiziellen vier Landessprachen der Schweiz sprechen. Anfang der sechziger Jahren waren es erst 10%“. Das Ziel eines jeden Physiotherapeuten sollte die adäquate Behandlung des Patienten sein. Um dies gewährleisten zu können, ist eine gute verbale Kommunikation unabdingbar. Transkulturelle Kommunikation bedeutet für den Physiotherapeuten und den Patienten, dass bei der Verständigung zwei verschiedene Sprachen und zwei verschiedene Kulturen aufeinander treffen. Dieses kann ein Hindernis sein und negative Folgen für die Therapie haben, da der Austausch nicht mehr vollständig möglich ist. Bischoff et al. (2003) beschreiben, dass der Patient dieses Problem weniger störend empfindet, die Behandelnden jedoch meist nicht zufrieden mit der Kommunikation sind. Denn sie glauben dadurch die Bedürfnisse des Patienten nicht vollumfänglich erfüllen zu können.

Ad hoc und professionelle Übersetzer

Die Mehrsprachigkeit in der Schweiz kann positiv angesehen werden, wie Dahinden et al. (2002) schreiben:

„Die Mehrsprachigkeit der zweiten und dritten Ausländergeneration ist sowohl wirtschaftlich wie gesellschaftlich eine wertvolle Ressource. Aufgrund ihrer Biographie verfügen Angehörige der zweiten und dritten Einwanderungsgeneration über besondere Kompetenzen, sich in unserer pluralistischen Gesellschaft zu bewegen. Diese Fähigkeit stellt ein Potenzial dar, welches in der Verwaltung, im Sozialbereich, im Erziehungswesen, in Wirtschaft und Politik vermehrt genützt werden soll.“ (S. 20)

Ressourcen, wie die im Zitat erwähnten, werden oft im Gesundheitswesen genutzt, obwohl Angehörige der zweiten und dritten Ausländergeneration der Komplexität eines therapeutischen Gespräches nicht gewachsen sind und ihnen medizinischen Begrifflichkeiten in der Sprache des zu behandelnden Migranten nicht bekannt sind.

Solche Ad hoc Übersetzer fühlen sich selbst auch oft sehr unbeholfen und es ist für sie schwierig, gewisse Nachrichten ihren Angehörigen zu überbringen. (Bischoff, Steinauer und Kurth, 2006) Besonders psychische Probleme bleiben oft unerkannt, weil die Patienten Hemmungen haben vor dem Angehörigen, welcher übersetzt, das Problem zu erwähnen. Hingegen werden die physischen Symptome durch Ad hoc Übersetzer relativ gut erkannt.

Bischoff et al. (2006) untersuchten amerikanische Studien über die Genauigkeit von nichtprofessionellem Übersetzen. „Die Resultate zeigen, dass in unkomplizierten Gesprächen mit bereits bekannter Diagnose oder einfach zu identifizierenden Problemen die Fehlerquote bei einem Drittel liegt. Bei Gesprächen mit komplexen Sachverhalten sogar bei zwei Dritteln.“ Schenker, Wang, Selig, Ng und Fernandez (2007) bestätigen diese Aussage.

Ausgebildete Übersetzer werden im Gesundheitswesen mittlerweile vermehrt eingesetzt. Bischoff, Perneger, Bovier, Loutan und Stalder (2002) erforschten die Kommunikationsqualität mit verschiedenen Übersetzern. Sie fanden heraus, dass im Gegensatz zu Ad hoc Übersetzer, professionelle Übersetzer die Kommunikationsqualität und die Patientenzufriedenheit verbessern. Professionelle Übersetzer vermitteln beiden Gesprächspartner Sicherheit und das Gefühl richtig verstanden zu werden. Die Gründe, weshalb Ad hoc gegenüber den professionellen Übersetzer oft noch vorgezogen werden, sind oft auf die finanziellen Belastungen der Gesundheitsinstitution und auf die Verfügbarkeit der Übersetzer zurückzuführen. Zudem ist die Kosten-Nutzen-Frage noch nicht genau geklärt und die Krankenkassen sind nicht bereit die Kosten für solche Zusatzleistungen zu übernehmen.

Die besondere Herausforderung für die Interaktion liegt zwischen dem Patient, dem Behandelnden und dem Übersetzer, da ein Gespräch zu dritt geführt wird. In einem solchen Triolog kann es, wie Weiss et al. (1999) und Bischoff et al. (2006) beschreiben, zu einem Rollenkonflikt zwischen den Beteiligten kommen und der Dolmetscher kann vom Patienten oder Physiotherapeuten als störend empfunden werden. Die Kommunikation wird durch den Übersetzer zwar verbessert, da er aber als Schaltstelle fungiert, kann das Gespräch nicht direkt (face-to-face) geführt werden.

5.3 Kommunikationsstrategien vom Bund

Der Bund erkannte anfangs des neuen Jahrtausends, dass interkulturelles Übersetzen ein grosses Anliegen der gesundheitlichen Institutionen sowie der Migrationsbevölkerung ist. Auf Anfrage des Bundes entwickelte das BAG zusammen mit dem BFM und der eidgenössischen Ausländerkommission (EKA) mit dem Projekt „Strategie Migration und Gesundheit“ eine Lancierung, welche zur Verbesserung der Versorgung und der Prävention für Personen mit Migrationshintergrund führt. Die Strategie befindet sich mittlerweile schon in der zweiten Phase „Strategie Migration und Gesundheit 2008-2013“. Im Rahmen dieser Strategie wurde die Vereinigung H+⁶ für das Projekt „Migrant-friendly-hospital“ beauftragt.

Migrant-friendly-hospital (MFH)

MFH wurde als Pilotprojekt in 12 verschiedenen europäischen Staaten durchgeführt. In der Schweiz startete das Projekt im Jahr 2003 und wird durch das BAG unterstützt. Seit dem Jahre 2007 ist es Teil des Schweizerischen Netzwerkes gesundheitsfördernder Spitäler.

Ziel des Projektes ist es, wie Bischoff (2006) erläutert, Schweizerische gesundheitliche Institutionen für die transkulturelle Kompetenz auszubilden und zu unterstützen. Ebenfalls will MFH den Informations- und den Erfahrungsaustausch unter Fachpersonen fördern, sowie die Institutionen zu konkreten Massnahmen und deren Startfinanzierung beitragen.

Projektleiter Saladin und sein Team leiten Projekte und Studien und liefern die Ergebnisse den mitwirkenden Institutionen. Teilerfolge zeichnen sich in der Einrichtung von Dolmetscherdiensten aus, die von grösseren Spitälern bereits genutzt werden. Das Bedürfnis der Finanzierung von Dolmetscher wurde auch der Politik wahrgenommen. Im Oktober 2008 legte ein Ständeratsmitglied eine Motion zur Regelung der staatlichen Finanzierung von Dolmetschereinsätzen vor. Diese wurde jedoch im Dezember desselben Jahres vom Bundesrat abgelehnt.

Bischoff und Grossmann (2007) untersuchten, im Auftrag von MFH, eine neue Strategie: Das Telefondolmetschen. Diese noch sehr unbekannte Art von Übersetzen

⁶ „H+ ist die Spitzenorganisation der öffentlichen und privaten Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen. Seit über 75 Jahren gestaltet H+ das schweizerische Gesundheitswesen aktiv mit. Als nationaler Verband nimmt H+ die Interessen der Mitglieder als Leistungserbringer und Arbeitgeber wahr.“ (H+ die Spitäler der Schweiz, 2007)

wird in der Schweiz sehr selten angewandt, hat aber Potenzial, da es weniger kostet als Dolmetscher vor Ort und die Verfügbarkeit viel schneller realisierbar ist. Bischoff et al. (2007) erforschten die Zufriedenheit der Patienten und Behandelnden mit Telefondolmetscher und deren Praktikabilität. Die Patienten und Behandelnde waren zufrieden mit dem Service, bevorzugten aber Dolmetscher vor Ort, da gerade die Non-verbale Sprache und das interkulturelle Übersetzen über das Telefon verloren geht. Telefondolmetscher sind schnell verfügbar und mit der heutigen Technik wäre sogar eine Videokonferenz möglich, die den Dolmetscher etwas mehr involviert. Das Telefondolmetschen konnte die Fehlerquote der ungenauen Übersetzung um 13% senken. Für Bischoff et al. (2007) ist die Art der Übersetzens unwichtig. Viel wichtiger erscheint ihnen, dass die benötigte Übersetzung stattfinden kann und der Patient genügend informiert wird. Eine gute Lösung sehen sie deshalb darin, dass man die verschiedenen Dolmetscherarten mischen kann. (Bischoff, 2006)

Ein weiteres vom Staat initiiertes Projekt ist „Migesplus“. Das Ziel von Migesplus ist, dass MigrantInnen Informationen durch sprach- und kulturspezifische Broschüren erhalten.

Migesplus

„Das BAG beauftragte das Schweizerische Rote Kreuz zur Erstellung einer Internetplattform, die Informationen, Prävention- und Gesundheitsförderung der Migrationsbevölkerung beinhaltet.“ (Migesplus). Es entstand zusätzlich der Link www.migesplus.ch.

Ziele dieser Plattform sind, die Zusammenstellung von Infobroschüren mit Gesundheitsthemen, die im Migrationskontext relevant sind. Die Broschüren werden in verschiedene Sprachen übersetzt und sollen die Chancengleichheit erhöhen und der Benachteiligung von Personen mit Migrationshintergrund entgegenwirken. Auf diese Weise möchte man die Präventionsangebote den Migranten näher bringen und so ihre Eigenverantwortung und Unabhängigkeit fördern. Migesplus richtet sich vor allem an Fachpersonen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich, sowie an Migranten selbst und an Interessierte.

Eine nicht-staatliche Organisation ist die International Association for Maternal and Neonatal Health (IAMANEH), die besonders auf Migrantinnen und ihre Kinder eingehen.

International Association for Maternal and Neonatal Health (IAMANEH)

1977 gründete ein Genfer Gynäkologe das Projekt IAMANEH mit dem Gedanken: „Wenn es den Frauen besser geht, geht es auch den Kindern besser“.

Ziele sind die Angebote zu Schwangerschaft und Geburt, sowie Säuglingspflege und Kleinkinderbetreuung bereit zu stellen. Daraus entstanden verschiedene Projekte die sich auf „Migration und reproduktive Gesundheit“ konzentrieren. Ihr Fokus lag auf der qualitativen Forschung. Auch hier wurden die Sprachbarrieren als Hauptproblem erkannt.

IAMANEH will vor allem die migrationsspezifisch angepasste Information und deren Vermittlung verbessern. Dafür braucht es eine gute Ausbildung in transkultureller Kompetenz sowie die Integration von Fachpersonal. Dies machte sich das Projekt Interpret zum Ziel.

Interpret

Durch das Projekt „Migration und Gesundheit, Phase II: 2008-2013“ wird die Interessengemeinschaft Interpret unterstützt, die 1999 vom BAG gegründet wurde. Interpret arbeitet mit dem Schweizerischen Verband für Weiterbildung (SVEB) zusammen und will Interessierte zu professionellen interkulturellen Übersetzer ausbilden. Im Gegensatz zu herkömmlichen Dolmetscher sind interkulturelle Übersetzer in der Lage einen Dialog zu führen und kulturelle Aspekte zu berücksichtigen.

C. Diskussion und Schlussfolgerung

Diskussion

Verschiedene Studien bewiesen, dass Geburt und Inkontinenz einen direkten Zusammenhang haben (Glazener et al., 2001; Glazener, Herbison, MacArthur, Grant und Wilson, 2004; Chiarelli et al., 2002). Beckenbodentraining hat einen positiven Einfluss auf Inkontinenz, ist aber in den Studien nicht gut zu vergleichen, da die Interventionen von nur geschriebenen Broschüren bis hin zu gezieltem Training mit Supervision variieren und dadurch nicht standardisiert werden können. Zum Teil wurde explizit darauf geschaut, dass die Kontrollgruppe kein Beckenbodentraining erhielt und somit nur übliche, schriftliche Broschüren zu dem Thema bekam, und manchmal wurde auch der Kontrollgruppe das Training angeboten, wie Chiarelli et al. (2002). Jede Studie fokusierte sich auf andere Aspekte, die die Inkontinenz beeinflussen können. Glazener et al. (2001, 2005) untersuchte Inkontinenz im Zusammenhang mit Alter, Art der Geburt, Geburtsgewicht, Art der Inkontinenz, sowie mit Angst und Depression. Chiarelli et al. (2002) berücksichtigten die gleichen Aspekte wie Glazener et al. (2001) fügten aber noch den Familienstatus, die Bildung und die Gelenkbeweglichkeit zu. Hingegen untersuchten Salvesen et al. (2004) den Effekt von Beckenbodentraining während der Schwangerschaft und seine Auswirkung auf die Geburt und die Inkontinenz. Reilly et al. (2002) beleuchteten den Zusammenhang von Stressinkontinenz und Blasenhalzbeweglichkeit nach der Schwangerschaft. Hinzu kommt, dass die Handhabung der verschiedenen Untersuchungen mit der Kontrollgruppe und der Intensität des Trainings nicht einheitlich ist.

Es konnte einen kurzzeitigen positiven Effekt von Beckenbodenmuskeltraining der Interventionsgruppe bezüglich Harninkontinenz, festgestellt werden, welcher aber nach mehreren Jahren diese Wirkung, sich nicht mehr von der Kontrollgruppe unterscheidet. (Glazener et al., 2004; Agur et al., 2008)

Die sozioökonomischen Faktoren, welche in den Studien über Inkontinenz und Schwangerschaft nur teilweise verankert sind, sind unbedingt auch zu berücksichtigen. Besonders Frauen mit Migrationshintergrund haben nicht den gleichen Zugang zum Gesundheitssystem und sind, wie Alderliesten et al. (2007) erläutern, einer Gefahr ausgesetzt, mit Schwangerschaftsproblemen konfrontiert zu werden. Alderliesten et al. (2007), wie auch Bischoff et al. (2002) und Bischoff et al. (2003) weisen

auf Sprachbarrieren und schlechtere Bildung der Mutter hin, die den adäquaten Zugang zur Therapie erschweren. Die Qualität der Kommunikation steht im direkten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg, was in der aktuellen Situation in den Schweizer Spitäler nicht gewährleistet ist. Um dem entgegen zu wirken ist transkulturelle Kompetenz unumgänglich. Transkulturelles Behandeln wird immer präsenter und muss in jedem Bereich der Spitäler eingebaut werden, dies bestätigt auch Domenig (2007). Das oberste Ziel des Bundes ist die Chancengleichheit im Gesundheitssystem, das in verschiedenen Projekten untersucht wird. Domenig (2007) und Papadopoulos (2006) entwickelten Modelle für die Schulung von Fachpersonal in transkultureller Kompetenz. Die Modelle sind im Alltag gut anzuwenden und ihre Notwendigkeit ist empirisch belegt. (Papadopoulos, 2006)

Mit diesen Sprachproblemen wird auch die Physiotherapie konfrontiert. Patienten mit Migrationshintergrund können oft nur ungenügend eine Landessprache und eine gute Kommunikation ist somit nicht möglich. Um die Kommunikation trotzdem zu optimieren, werden in der Therapie vermehrt Übersetzer eingesetzt. Bischoff et al. (2003) beschreiben verschiedene Arten Übersetzer, die alle ihre Vorteile haben. Ihnen spielt die Art der Übersetzung nicht so eine grosse Rolle, solange das Verständnis maximiert und die Fehlerquote der Übersetzung minimiert werden kann. Damit sind nicht nur die Fehler die beim Übersetzen entstehen gemeint, sondern auch Fehler, die zu einer inkompletten oder sogar falschen Diagnose führen können. Transkulturell Ausgebildete Übersetzer oder Dolmetscher sollen diese Fehlerquote minimieren. Sie kennen, im Gegensatz zu den Ad hoc Übersetzern, die medizinischen Fachausdrücke und können die richtige Übersetzung gewährleisten. Problematisch ist jedoch, dass der Einsatz solcher transkulturellen Dolmetscher und Übersetzer teuer ist und nicht von der Krankenkasse übernommen wird. Daher muss im Bereich der Kosten-Nutzen-Analyse noch geforscht werden. Bis dahin wird, als Alternative, noch vermehrt mit Ad hoc Übersetzern gearbeitet werden, trotz der hohen Fehlerquote der Unzufriedenheit der Patienten und Behandelnden. (Bischoff et al., 2003)

Laut Hälg et al. (2004) ist die Kommunikation und Verständigung auch ein Anliegen seitens der MigrantInnen. Durch die Sprachbarrieren sind sie verunsichert und nehmen peripartale Untersuchungen weniger wahr. Das kann beachtliche Folgen haben, die das ungeborene bzw. neugeborene Kind stark gefährden kann. In diesem Sinne

ist es wichtig eine gute Lösung für alle Beteiligte zu finden, die vom Staat akzeptiert wird und die Behandlung mit MigrantInnen erleichtert.

Schlussfolgerung

Die Therapie im Wochenbett mit Migrantinnen ist ein fester Bestandteil des physiotherapeutischen Alltages. Daher überraschen vor allem die Ergebnisse der Studien über Schwangerschaft und Inkontinenz. Eigentlich wurde einen besseren Effekt von Beckenbodentraining auf die Inkontinenz erwartet, dem Patienten soll aber trotzdem das Beckenbodentraining nicht vorenthalten werden, da die kurzfristigen Besserung für einen signifikanten Teil der Frauen vorhanden war. Die Langzeitwirkung kann nicht nur auf das Beckenbodentraining zurückgeführt werden, sondern auch auf eventuelle körperliche Veränderungen im Laufe der Jahre. Weitere Untersuchungen sind dabei sicher noch notwendig.

Das Wochenbett beruht vor allem auf Instruktion und Aufklärung. Sprachliche Defizite in der Arbeit mit Migranten können dabei ein erhebliches Hindernis sein, das die Chancengleichheit beeinträchtigt. Dabei wurde erkannt, dass die Kommunikation einen direkten Zusammenhang hat mit der Fehlerquote bei der Anamnese und den Interventionen. Schulung in transkultureller Kompetenz ist daher unumgänglich für Physiotherapeuten. Diese Schulung sollte schon ins Studium miteinbezogen werden, damit eine frühe Sensibilisierung stattfindet, wie genau das erfolgen könnte, müsste noch ausarbeitet werden.

Die Lösungsansätze für transkulturelle Kommunikation mit Dolmetschereinsätzen, welche bei Untersuchungen präsent sind, sind eine gute kurzfristige Strategie. Langfristig sollten aber Anpassungen von beiden Seiten stattfinden. Von Vorteil wäre es, wenn die MigrantInnen, welche dauerhaft in der Schweiz wohnen, eine Landessprache erlernen würden. Daher stellt sich die Frage bis wohin die Verantwortung eines Physiotherapeuten geht und ab wann sie bei den MigrantInnen liegt, damit die Kommunikation nicht behindert wird. In der Pflege wird transkulturelle Kompetenz schon vermehrt versucht anzuwenden. In der Physiotherapie ist eine intensivere Sensibilisierung jedoch wünschenswert.

Zusammenfassend gesagt, ist Transkulturelle Kompetenz nicht mehr wegzudenken und muss mehr in der Physiotherapie integriert werden. Im Wochenbett zeigt sich

dieses Bedürfnis stark und auch Studien bewiesen, dass durch eine gute Kommunikation die Therapieerfolge höher sind.

D. Literaturverzeichnis

Agur, W., Steggles, P., Waterfield, M., Freeman, R. (2008). *The long-term effectiveness of antenatal pelvic floor muscle training: eight-year follow up of a randomised controlled trial*. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115, 985-990.

Alder, J., Fink, N., Lapaire, O., Urech, C., Meyer, A., Bitzer, J., Hösli, I., Holzgreve, W. (2008). *The effect of migration background on obstetric performance in Switzerland*. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 13(1), 103-108

Alderliesten, ME., Vrijkotte, TGM., van der Wal, MF., Bonsel, GJ. (2007). *Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women*. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 114, 1232-1239

Bischoff, A. (2006). *Diversität und Chancengleichheit - Grundlagen für erfolgreiches Handeln im Mikrokosmos der Gesundheitsinstitutionen*. In P. Saladin, R. Bühlmann, D. Dahinden und R. Gall Azmat (Editors), Kommunikation: Fremde Sprachen im Spital. (S. 28-30). Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG in Zusammenarbeit mit H+ Die Spitäler der Schweiz.

Bischoff, A., Bovier, P.A., Isah, R., Gariazzo F., Eytan A., Loutan L. (2003). *Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral*. Social Science & Medicine, 57, 503-512

Bischoff, A., Grossmann, F. (2007). *Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren?*. Schweizerische Ärztezeitung, 88, 102-105

Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie. Die Anfänge der sozialen Kognition (Brotschiert)*. [On-Line]. Available: <http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/genpsy/studium/lehrmaterialien/ws2002jk/12.pdf>

Bischoff, A., Pernegger T. V., Bovier, P. A., Loutan, L., Stalder, H. (2003). *Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language*. British Journal of General Practice, 57, 503 - 512

Bischoff, A., Steinauer, R., Kurth, E. (2006). *Dolmetschen im Spital: Mitarbeitende mit Sprachkompetenzen erfassen, schulen und gezielt einsetzen*. Forschungsbericht zuhanden des MFH-Netzwerkes Schweiz. Universität Basel.

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, Ph., Kupelnick, B. (2008). *Pregnancy outcome of migrant women and intergration policy: A systematic review of the international literature*. Social Science & Medicine, 68 (2009), 452-461

Bundesamt für Gesundheit (2007), *Migration und Gesundheit. Strategie 2007-2012*. [On-Line]. Available: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index.html?lang=de> (02.02.2009)

Bundesamt für Kultur (2009). Kulturdefinition Unesco. Weltkonferenz über Kulturpolitik. Schlussbericht der von der UNESCO vom 26. Juli bis 6. August 1982. Hrsg. von der Deutschen UNESCO-Kommission. München: K. G. Saur 1983. (UNESCO-Konferenzberichte, Nr. 5), S. 121. [On-Line]. Available: <http://www.nb.admin.ch/bak/themen/kulturpolitik/00449/index.html?lang=de> (15.05.2009)

Bundesamt für Statistik (2008). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2008*. Neuchâtel [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ.Document.114724.pdf> (02.02.2009)

Carrière, B., Markel Feldt, C. (2006). *The pelvic floor*. Stuttgart : Georg Thieme Verlag

Chiarelli, P., Cockburn, J. (2002). *Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial*. British Medical Journal, 324: 1241 (1-6).

Dahinden J., Chimienti, M. (2002). *Professionelles Sprachmitteln und interkulturelles Vermitteln im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich. Theoretische Perspektiven*. Swiss Forum for Migration and Population Studies. [On-Line]. Available: http://inter-pret.ch/contenus/pdf/mandat-standards-ofsp-2002/an2_theorie.pdf

Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber

Dumoulin, Ch. (2006). *Postnatal pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary incontinence: where do we stand?* Current Opinion in Obstetrics and Gynaecology, 18, 538-543.

Dumoulin, Ch., Seaborne, D., Quirion-DeGirardi, C., Sullivan, J. (1995). *Pelvic-Floor Rehabilitation, Part 2: Pelvic-Floor Reeducation With Interferential Currents and Exercise in the Treatment of Genuine Stress Incontinence in Postpartum Women – A Cohort Study*. Physical Therapy, Vol, 75, 12, 1075/43-1081/49

Erll und Gymnich (2007). *Interkulturelle Kommunikation. Erfolgreich kommunizieren zwischen den Kulturen*. Stuttgart: Klett Verlag

Gabadinho, A., Wanner, Ph., Dahinden, J. (2007). *La santé des population migrantes en Suisse: une analyse des données du GMM*. Neuchâtel : SFM.

Glazener, C., Herbison, P., MacArthur, Ch., Grant, A., Wilson, D. (2004). *Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up*. British Medical Journal, Online: <http://bmj.38320.613461.82>

Glazener, C., Herbison, P., Wilson, D., MacArthur, Ch., Lang, G., Gee, H., Grant, A. (2001). *Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial*. British Medical Journal, 323, 1-4.

Hälg, R., Wallimann, G., Salis Gross, C., Wick Marcoli, M. (2004) *Migration und reproduktive Gesundheit. Die Betreuung der Migrantinnen in der Geburtshilfe aus der Sicht von öffentlichen Spitälern in der Schweiz*. Arbeitsblatt Nr. 27 [On-Line]. Available: http://www.anthro.unibe.ch/unibe/philhist/anthro/content/e1765/e1766/e1850/e1852/e1853/files1854/ab27_ger.pdf

Hay-Smith, J., Morkved, S., Fairbrother, KA., Herbison, GP. (2009). *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)*. The Cochrane Collaboration, Issue 1, 1-88.

Hüter-Becker, A., Dölken, M. (2004). *Physiotherapie in der Gynäkologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Mørkved, S., Bø, K. (2000). *Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107, 1022-1028.

Obergericht des Kantons Zürich, Fachgruppe Dolmetscherwesen (2007). *Dolmetschen: Definitionen und Techniken*. [On-Line]. Available: [www.obergericht-zh.ch/zrp/ober.nsf/wViewContent/33B71A5D61E5A919C12574950036BD21/\\$File/Dolmetschtechniken.pdf](http://www.obergericht-zh.ch/zrp/ober.nsf/wViewContent/33B71A5D61E5A919C12574950036BD21/$File/Dolmetschtechniken.pdf) (27.05.2009)

O'Shaughnessy, D.F., Tilki, M. (2006). *Cultural Competency in physiotherapy: a model for training*. Physiotherapy, 93, 69-77.

Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Churchill Livingstone/ Elsevier Health Sciences

Reilly, E.T.C., Freeman, R.M., Waterfield, M.R., Waterfield, A.E., Steggles, P., Pedlar, F. (2002). *Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises*. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 109, 68-76.

Reust-Sauter, M. (2004). *Psychologie im Primarlehrberuf. Ein Curriculum für die LehrerInnen-ausbildung*. [On-Line]. Available: <http://www.hapzh.ch/pdf/d/d1825.pdf> (01.06.2009).

Schenker, Y., Wang, F., Selig, S.J., Ng, R., Fernandez, A. (2007). *The Impact of Language Barriers on Documentation of Informed Consent at a Hospital with On-Site Interpreter Services*. Journal of General Internal Medicine, 22(2), 294-299

Salvesen, K., Mørkved, S. (2004). *Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy*. British Medical Journal, 329, 378-380.

Tanzberger, R., Kuhn, A., Möbs, G. (2004). *Der Beckenboden-Funktion, Anpassung und Therapie. Das Tanzberger-Konzept*. München: Urban & Fischer Verlag

Uzarewicz, Ch. (2008). *Fremdheit und Transkulturelle Kompetenz. Abstract*. [On-Line]. Available: <http://www.stmas.bayern.de/pflege/dokumentation/ftka-uzarewicz.pdf> (14.05.09)

Wagg, A., Bunn, F. (2007). *Unassisted pelvic floor exercises for postnatal women: a systematic review*. Journal of Advanced Nursing 58(5), 407-417.

Weiss, R. (2005). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo Verlag

Weiss, R., Stuker R., (1999). *Wenn PatientInn und Behandelnde nicht dieselbe Sprache sprechen...- Konzept zur Übersetzungspraxis*. Sozial- und Präventivmedizin, 44, 257-263

Wijma, J., Weis Potters, A., Tinga, D., Aarmoudse, J. (2007). *The diagnostic strength of the 24-h test for self-reported symptoms of urinary incontinence in pregnancy and after childbirth*. International Urogynecology Journal, 19, 525-530

WHO (2006), *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. [On-Line]. Available: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> (02.02.2009)

Abbildungsverzeichnis :

Abb. 1, Abb. 2, Abb. 3: Bundesamt für Statistik (2008). *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz. Bericht 2008*. Neuchâtel [On-Line]. Available: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/publ.Document.114724.pdf> (02.02.2009)

Abb. 4: Domenig, D. (2007). *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Verlag Hans Huber

Abb. 5: Darstellung des Sunrise-Modells in: Leininger, Madeleine M. (1998): *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*, Freiburg i.Br. (Lambertus), 69. [On-Line]. Available: www.hf-pflege.ch/themenordner/kultur/migrationintegration.doc

Abb 6: Papadopoulos et al.'s model for transcultural skills development (1994) in O'Shaughnessy, D.F., Tilki, M. (2006). *Cultural Competency in physiotherapy: a model for training*. Physiotherapy, 93, 69-77

Weiterführende Literatur:

Balthasar, H., Spencer, B., Addor, V. (2003). *Indikatoren der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne. [On-Line]. Available: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/06.Document.105407.pdf>.

Bischoff, A., Wanner, Ph. (2008). *The Self-reported Health of Immigrant Groups in Switzerland*. *Journal Immigrant Minority Health*, 10, 325–335

Bollini, P., Stotzer, U., Wanner, Ph. (2007). *Pregnancy outcomes and migration in Switzerland: results from a focus group study*. *Int J Public Health* 52 (2007) 78–86

Borgetto, B., Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Bern: Verlag Hans Huber.

Chiarelli, P., Murphy, B., Cockburn, J. (2003). *Women's Knowledge, Practises, and Intentions Regarding Correct Pelvic Floor Exercises*. *Neurourology and Urodynamics*, 22, 246-249.

Dean, N., Wilson, D., Herbison, P., Glazener, C., Aung, Th., MacArthur, Ch. (2008). *Sexual function, delivery mode history, pelvic floor muscle exercises and incontinence: A cross-sectional study six years post-partum*. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 302-311.

Hay-Smith, J., Herbison, P., Morkved, S. (2002). *Physical therapies for prevention of urinary and faecal incontinence in adults*. *Cochrane Database*, 75, 382-5

Mørkved, S., Bo, K. (1999). *Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Post-partum*. *International Urogynecology Journal*, 10, 394-398.

Overgard, M., Angelsen, A., Lydersen, S., Morkved, S. (2008). *Does Physiotherapist-Guided Pelvic Floor Muscle Training Reduce Urinary Incontinence After Radical Prostatectomy? A Randomised Controlled Trial*. *European Association of Urology*, 54, 438-448

Schweizerisches Rotes Kreuz (2009). *Tkk. Transkulturelle Kompetenz*. [On-Line]. Available: www.transkulturelle-kompetenz.ch (26.05.2009)

Eigenständigkeitserklärung:

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Céline Cordier

Lea Ettlin

E. Anhang

Abb. 1: Zusammengefasste Geburtenziffer nach Staatsangehörigkeit (BfS, 2008)

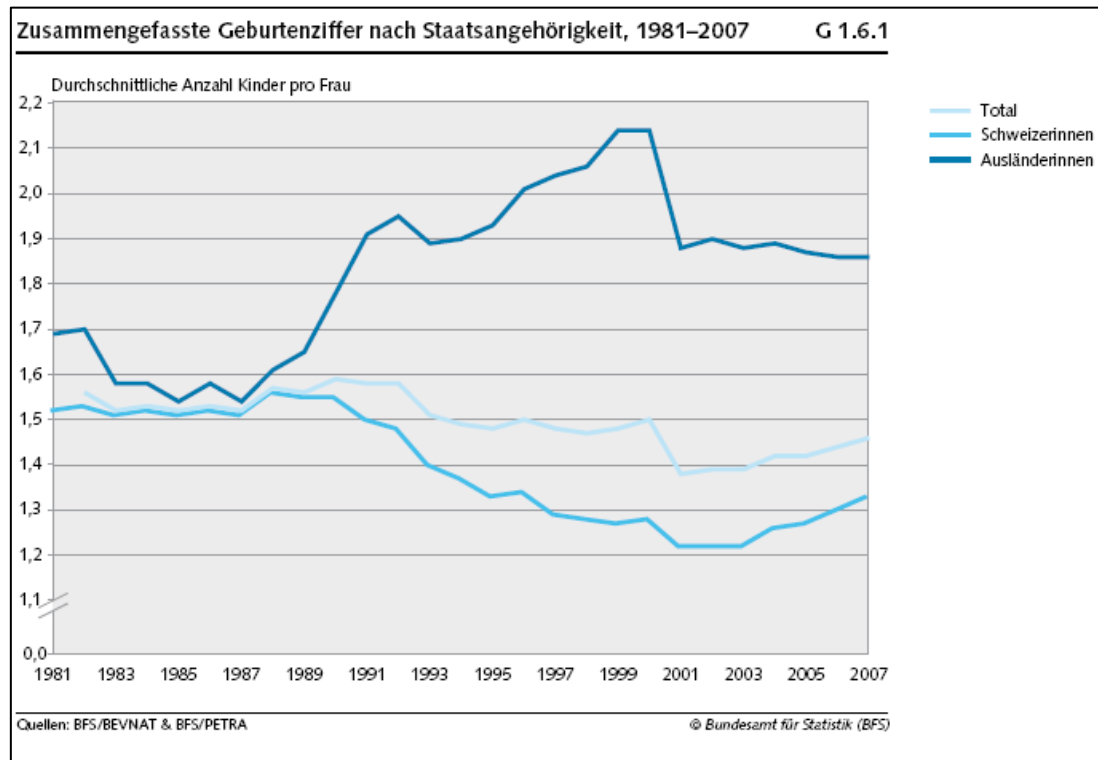


Abb. 2: Eheschliessungen nach Staatsangehörigkeit (BfS, 2008)

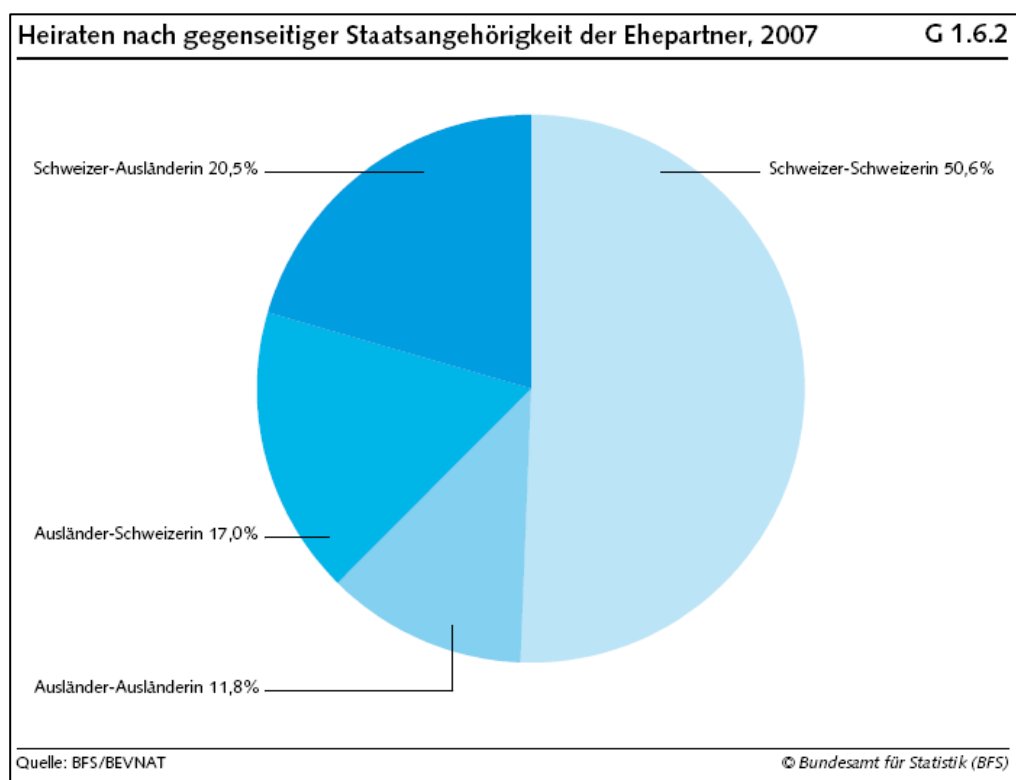


Abb. 3: Anteil der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung in der Schweiz (BfS, 2008)

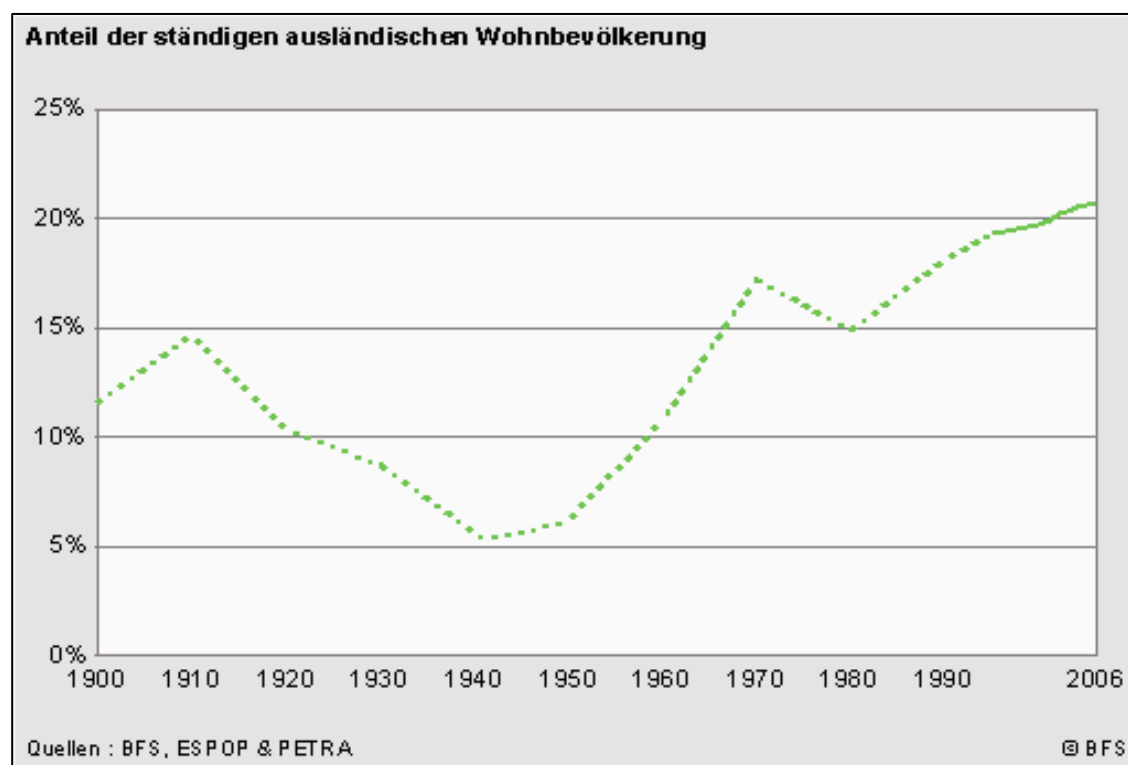
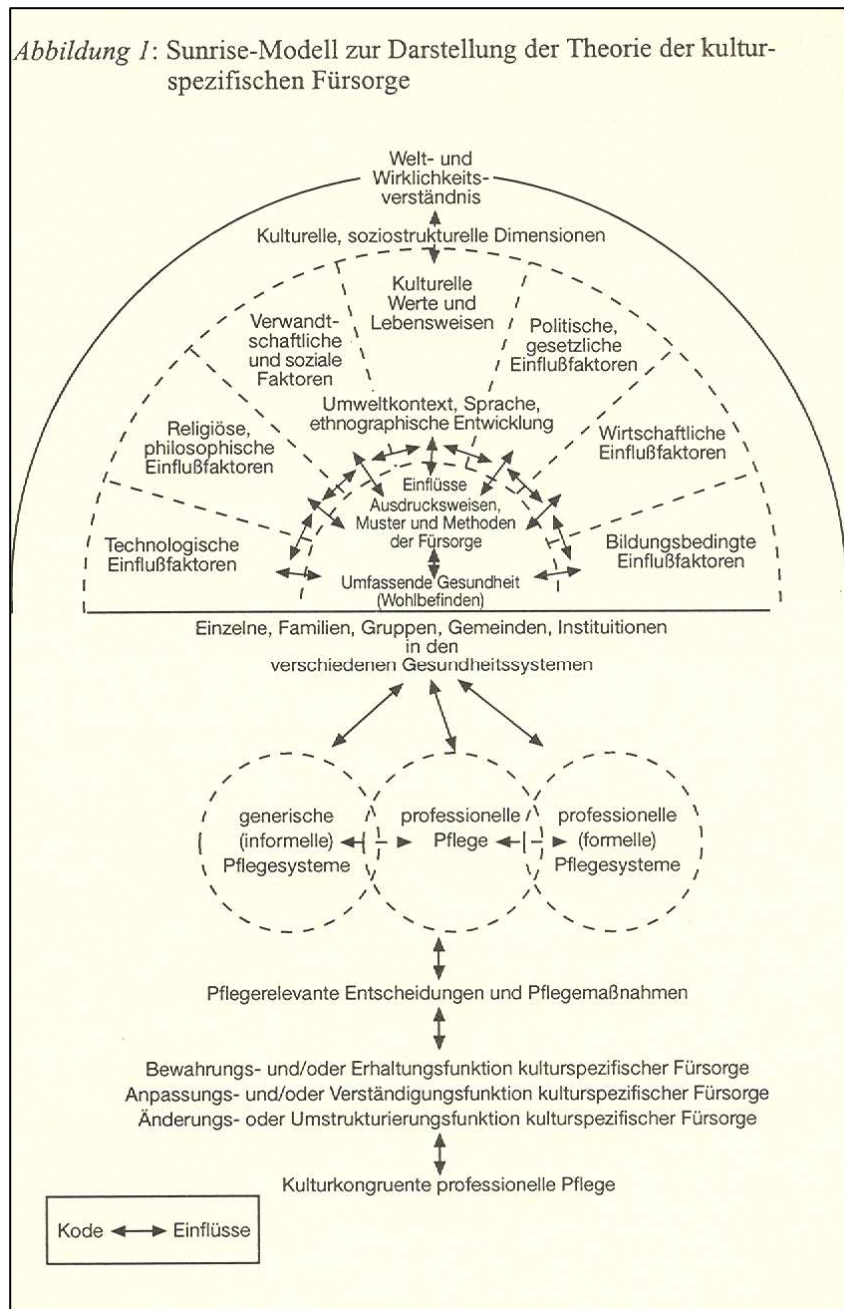


Abb. 4: Sunrise Modell für transkulturelle Kompetenz nach Leininger (Leininger, 1998)



Literaturmatrix

Autor	Methodik, Design	Partizipanten	Intervention	Outcomes, Results	Bemerkungen
Glazener et al. (2001) "Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence"	RCT, FU after 12 month	N=747 I=371, C=376	I.: PFMT postnatal, mit Supervision nach 5, 7 and 9 month p.p. C.: übliche Versorgung (Broschüre)	Inkontinenz jeglicher Art nach 12 Mte p.p.: I: 167/279 (59.9%); C: 169/245 (69%) Schwerwiegende Inkontinenz nach 12 Mte p.p. I.: 55/279 (19.7%); C.: 78/245 (31.8%)	PFMT: kein Effekt auf Inkontinenz sofort nach der Geburt. Ein Drittel der Frauen wird trotz der Übungen auf längere Zeit an Inkontinenz leiden.
Glazener et al. (2005) „RCT of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up“	Vgl. Glazener et al. (2001) Follow up response: I.=71% C.=67% of the original	N=516 I=263; C=253	Vgl. Glazener et al. (2001)	Inkontinenz jeglicher Art nach 6 Jahre p.p.: I: 200/263 (76%); C: 201/253 (79%) Schwerwiegende Inkontinenz nach 6 Jahren p.p.: I: 122/152 (80%); C: 102/128 (80%)	50% beider Gruppen üben nach 6 Jahren Beckenbodentraining aus. Nach 6 Jahren kein signifikanter Unterschied zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe.
Chiarelli and Cockburn (2002) „Promoting urinary continence in women after delivery“	RCT, FU after 3 month	N=676 I=348, C=328	Training postnatal I: PT leitete Training und gab Heimprogramm. C: übliche Versorgung, Dokumentation, die tägl. PFMT anriet.	Symptome nach 3 Mte p.p.: I: 108/348 (31%); C: 125/328 (38.4) Schwerwiegende Symptome nach 3 Mte p.p.: I: 35/348 (10.1%); C: 55/328 (17%) Übungen ausführen: I: 84%; C: 58%	Frauen der Interventionsgruppe übten öfters PFMT aus und hatten weniger Inkontinenzbeschwerden, 3 Monate postpartum. Grosses Potenzial für Beckenbodentraining bei Frauen postpartum
Morkved, Bo (2000) "Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence: a one-year follow up"	A prospective matched controlled trial	N=198, nach einem Jahr: N=162 I=C	Postpartales PFMT I: achtwöchiges PFMT Programm (45 min/Lektion & Heimprogramm) und telefonische Befragung nach 1 J. C: übliche Versorgung	I: 13/81 gaben Inkontinenz an C: 24/81 gaben Inkontinenz an One-year-follow up: I: 5/81 C: 14/81	16 Wochen p.p. war die Reduzierung der Urininkontinenz bei der Interventionsgruppe starker als bei der Kontrollgruppe, dieses Resultat konnte auch nach einem Jahr noch bestätigt werden
Salvesen et al. (2004)	RCT,	N=301 I= 148;	I: Strukturiertes Trainingspro-	I: tiefere Rate von verlängerten We-	PFMT stärkt den Beckenboden wä-

<i>"RCT of pelvic floor muscle training during pregnancy"</i>		C= 153	gramm mit Übungen für PFM zw. der 20. + 36. SS-Wo C: nicht erwähnt, wurden nicht entmutigt PFMT zu machen	hen I: (24%); C: (38%)	rend der Schwangerschaft und erleichtert die Geburt.
Alderliesten et al. (2007) <i>„Late start of antenatal care among ethnic minorities in a large cohort of pregnant women“</i>	Prospective cohort study	N=12'381	Fragebogenauswertung zeigt Risiko auf. 1. Messung über Geburtsergebnisse, mit 1. Unterschieden zw. Ethnischen Gruppen, 2. zusätzl. Mit sign. Risikofaktoren	Schwangerschaftsalter Erster Untersuchung beim Arzt	Alle nicht-holländisch sprechenden ethnischen Gruppen liessen sich verspätet pränatal untersuchen.
Bollini et al. (2008) <i>„Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature“</i>	Review	65 Studien von 12 versch. Ländern wurden analysiert	Vergleich aller epidemiologischen Studien bzgl. SS-Ergebnisses von immigrierten Frauen in europ. Länder von 1966-2004	Das Risiko war klar und signifikant reduziert in Ländern mit einer starken Integrationspolitik	Es besteht einen Zusammenhang zwischen Intergration und Geburtergebnissen
Alder et al. (2008) <i>„The effect of migrant background on the obstetric performance in Switzerland“</i>	Singelton pregnancies of a cohort were retrospectively analysed.	N=203		Immigrierte Frauen waren jünger, hatten mehr Kinder, höheren SS-BMI, nahmen mehr Medikamente jeglicher Art während der SS.	Migrantinnen sind und verhalten sich anders als einheimische Frauen während der Schwangerschaft.
Bischoff et al. (2003) <i>„Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral“</i>	Questionnaire, Interview	N=723	Sprachliche Übereinstimmung zw. Pflegenden und Asylsuchenden wurde untersucht bzgl. mit/ohne Interpreter, Art des Interpreters, Kenntnisse der Pflegenden über die Sprache	Adäquate Sprachliche Übereinstimmung war sign. Verbunden mit dem Erzählen von erlebten traumatischen Vorfällen und von versch. Psychol. Symptomen, die nicht erwähnt wurden wenn die Sprachliche Übereinstimmung nicht vorhanden	Methodik: nicht optimal; Inhaltlich: sehr gut

			des Interviews.	den ist.	
Bischoff et al. (2002/3) <i>„Improving communication between physicans and patients who speak a foreign language“</i>	„Bevor- and-after“ intervention study	N=1016 (Baseline survey N=434, Follow-up survey N=582)	Messung der Effektivität einer Intervention, die Kommunikationsfähigkeiten eines Therapeuten, der mit allophonen Patienten arbeitet zu verbessern. Therapeute füllten Besuchsspezif. Fragebögen bzgl. der Komm. aus.	Die baseline, Hauptauswertungen von Pat.-Assessments bzgl. Komm. waren schlechter für allophone als für francophone Pat. Beim follow-up, 5/6 der Auswertungen der allphonen Pat. zeigten eine Verbesserung, verglichen mit den francophonen Pat.	Resultate verbessern sich, wenn Ärzte lernen mit Dolmetscher umzugehen